

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

Una exploración de la disfunción sexual femenina no orgánica en adultas tempranas atendidas en un establecimiento del Ministerio de Salud de Lima Metropolitana 2013

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia

AUTORES

Ana María Gabriela Huallpa Chirinos

Nancy Soria Juro

ASESOR

Isabel Amemiya Hoshi

Lima – Perú

2013

Dedicatoria

La presente tesis se la dedicamos a Dios, que siempre está guiando nuestro camino, a nuestros amados padres por la confianza y apoyo incondicional, a nuestros docentes por encausarnos en el camino de la investigación y a las mujeres que son la razón de esta hermosa profesión.

Agradecimientos

A Dios por regalarnos el milagro de la vida y permitirnos llegar hasta este momento de nuestras vidas.

A nuestros padres y hermanos por la motivación brindada.

Al hospital que nos permitió realizar la investigación en sus instalaciones.

A nuestra querida alma mater por los conocimientos brindados en estos cinco años de preparación.

A cada una de nuestras docentes, por el valioso aporte a nuestra formación y perfil profesional.

A la doctora Isabel Amemiya Hoshi, asesora de nuestra tesis, un sincero agradecimiento por sus valiosos consejos en la realización del presente trabajo.

A todas las mujeres que aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

ÍNDICE

	PÁGINAS
RESUMEN	7
I. INTRODUCCIÓN	
Planteamiento y formulación del problema de investigación.....	8
Antecedentes.....	9
Marco teórico.....	11
Justificación de la investigación.....	17
Definición de términos.....	17
Objetivos del estudio	19
II. MATERIALES Y MÉTODOS	
Diseño de investigación y tipo de estudio	20
Lugar de estudio	20
Población.....	20
Muestra.....	21
Plan de recolección e instrumento de recolección de datos.....	22
Procesamiento y análisis de datos.....	24
Aspectos éticos de la investigación.....	24
III. RESULTADOS Y DISCUSIONES	25
1. Vivencias experimentadas durante la niñez en mujeres con disfunción sexual	27
2. Vida cotidiana en pareja.....	34
3. Vivencias relacionadas al acto sexual en la mujer con disfunción sexual.....	65
4. Sentimientos de las mujeres respecto a la disfunción sexual.....	97
5. Importancia que la mujer le brinda a la disfunción sexual	101
6. Cómo afronta la mujer la disfunción sexual.....	104

7. Razones atribuidas por la mujer a la disfunción sexual.....	109
8. Repercusiones de la disfunción sexual femenina.....	120
9. Motivaciones en la vida de la mujer con disfunción sexual.....	127
10. Temores en la vida de la mujer con disfunción sexual.....	130
IV. CONSIDERACIONES FINALES.....	136
V. RECOMENDACIONES.....	142
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	143
ANEXOS.....	154

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1:

Cuestionario de disfunción sexual femenina de origen no orgánico.....155

ANEXO 2:

Guía de entrevista inicial sobre la disfunción sexual femenina de origen no orgánico.....157

ANEXO 3:

Guía de entrevista final sobre la disfunción sexual femenina de origen no orgánico.....158

ANEXO 4:

Consentimiento informado.....159

RESUMEN

Objetivos: Comprender el significado de la disfunción sexual femenina no orgánica desde los discursos de las mujeres adultas tempranas atendidas en un establecimiento del Ministerio de Salud de Lima Metropolitana 2013.

Materiales y Métodos: Diseño metodológico cualitativo fenomenológico. La muestra está constituida por diecisiete mujeres adultas tempranas con disfunción sexual femenina de origen no orgánico con tiempo de convivencia mayor a un año determinada por punto de saturación. Se utilizó una guía de entrevista a profundidad en base a los objetivos del estudio.

Resultados Y discusiones: La presente investigación permitió la identificación de las siguientes categorías: vivencias experimentadas durante la niñez en mujeres con disfunción sexual, vida cotidiana en pareja, vivencias relacionadas al acto sexual en la mujer con disfunción sexual, sentimientos de las mujeres respecto a la disfunción sexual, importancia que la mujer le brinda a la disfunción sexual, cómo afronta la mujer la disfunción sexual, razones atribuidas por la mujer a la disfunción sexual, repercusiones de la disfunción sexual femenina, motivaciones en la vida de la mujer con disfunción sexual, temores en la vida de la mujer con disfunción sexual. El significado que las mujeres le dan a la disfunción sexual femenina está en relación a la importancia, sentimientos y la forma como afronta el problema.

Consideraciones finales: El significado de vivir con disfunción sexual femenina para las mujeres adultas tempranas es que la disfunción sexual es una condición no normal, que requiere ayuda, mas no es considerada completamente como una enfermedad.

Palabras clave: Disfunción sexual femenina no orgánica, adultas tempranas, investigación cualitativa.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La sexualidad de la mujer, más específicamente, la respuesta sexual (función) y sus desórdenes (disfunciones) son temas de interés médico y están en proceso de redescubrimiento¹.

La disfunción sexual femenina es un problema multidimensional de Salud Pública, que abarca lo biológico, psicológico, emocional y sociocultural². Se manifiesta como una alteración o trastorno en la respuesta sexual humana, específicamente, en las fases del deseo, excitación y orgasmo, y/o dolor asociado al coito³.

La disfunción sexual femenina puede deberse a una causa física, ser inducida por sustancias o ser de tipo no orgánica⁴. Es frecuente que sea reflejo de dificultades de relación interpersonal o de un intenso estado de estrés⁵.

Según la Organización Panamericana de la Salud cerca de 40 a 45% de las mujeres adultas tienen al menos una disfunción sexual, la cual repercute en la calidad de vida de esta población⁶. Las disfunciones sexuales no se diagnostican con frecuencia, porque las pacientes sienten vergüenza y no saben cómo hablar sobre estos problemas, así como también ocurre con muchos profesionales de la salud⁵.

La educación se instaure como una poderosa herramienta para modificar criterios erróneos y construir nuevas maneras de ver y disfrutar la sexualidad desde una visión de género⁷. La información sobre el funcionamiento sexual puede incluirse como un componente de la educación integral de la sexualidad y estar al alcance de todas las personas, asimismo, la evaluación básica de la función sexual debe convertirse en un componente habitual de la atención de salud⁶.

Es necesario indagar sobre las disfunciones sexuales desde el inicio de la entrevista clínica, con una adecuada anamnesis obligadamente discreta¹ ya que con prudencia y firmeza, la opinión del profesional médico suele bastar para transmitir tranquilidad a la paciente; por ello es importante escuchar atentamente, brindar educación sexual, recomendar y derivar de forma oportuna a los servicios especializados^{5,8}.

Como profesionales de la salud sexual y reproductiva tenemos un papel decisivo en la identificación temprana de la disfunción sexual femenina. Posiblemente sea uno de los problemas de salud sexual y mental que pasan más desapercibidos o en los que menos queremos profundizar^{9,10}. En razón al poco conocimiento sobre la realidad de este problema en nuestra población y sus repercusiones sociales, nos formulamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el significado de la disfunción sexual femenina no orgánica desde los discursos de las mujeres adultas tempranas atendidas en un establecimiento del Ministerio de Salud de Lima Metropolitana 2013?

En la **Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo** realizada en El Cairo en 1994, concluyeron que la sexualidad humana y las relaciones entre los sexos influyen en la capacidad de lograr y mantener la salud sexual de hombres y mujeres, además de que se encuentran estrechamente vinculadas¹¹.

Antes de los trabajos de **Masters y Johnson**, las disfunciones sexuales eran consideradas síntomas de otras enfermedades y se abordaban con una sola óptica, de tal manera que todas las alteraciones sexuales se trataban de la misma forma¹².

Recientemente se ha puesto en relieve el problema de las disfunciones sexuales y se ha establecido su prevalencia en algunos grupos de población. Por ejemplo en Valladolid, España, treinta a cincuenta por ciento de las mujeres experimentan una disfunción sexual en algún momento de su vida³; en contraste, en el año 2012, el servicio de Estadística del **Hospital Nacional Arzobispo Loayza** de Lima reportó solo diecinueve casos de disfunción sexual femenina de origen no orgánico, lo que pone en relieve el elevado nivel de sub registro de ese diagnóstico en las estadísticas hospitalarias del Perú.

Sánchez BC y cols. (2007) en investigaciones realizadas en México sobre la ansiedad y disfunciones sexuales remarcan que la sexualidad está fuertemente vinculada a emociones negativas como la ansiedad, las cuales pueden producir trastorno de la excitación y trastorno orgásmico femenino¹³. Además, en Chile, **Kamei J. (2005)**, en su estudio referido a la respuesta sexual femenina concluye que si una mujer es incapaz de sentir orgasmos, es frecuente que

tampoco disfrute con otros aspectos del juego amoroso y pierda también gran parte de su apetito sexual¹⁰.

En México, un estudio cualitativo realizado por **Núñez NG (2010)** sobre concepciones de género y divorcio, menciona que las relaciones sexuales parecen tener un papel central y fundamental en la conformación y la estabilidad de la pareja conyugal. Con el trabajo excesivo surge una pérdida de la intimidad lo que constituye un motivo de reclamo y conflicto. Los varones tienen mayor apertura en el ejercicio de la sexualidad comparado a sus esposas, esta diferencia puede deberse a la forma en que estructuraron sus relaciones afectivas¹⁴.

Por su parte, **López-Olmos J (2008)** realizó un estudio sobre dispareunia en España, donde encontró muy pocas causas orgánicas que la expliquen, lo que supone que hay un gran componente psicológico como los originados por los conflictos de pareja. El miedo al embarazo en la mujer, que el hombre sea infiel y desconsiderado con ella, que busque la prostitución y no quiera practicarse la vasectomía, fueron los conflictos que más afloraron⁸. Se hallaron más problemas de entendimiento sexual que de orden socioeconómico⁸. Asimismo, **Sánchez BC y cols. (2010)** en la primera parte del estudio sobre dispareunia y vaginismo, en México, encontraron que los problemas conyugales son la variable que mayor contribución tiene para la dispareunia¹⁵. La baja autoestima, un decremento de las características de masculinidad (ser independiente, segura y analítica) e incremento en las características de sumisión fueron otras de las variables asociadas¹⁵. En cuanto al vaginismo, la sumisión fue la variable que más se encontró, le siguieron la pobre información sexual, la presencia de temores relacionados a la sexualidad, entre otros¹⁵.

En la segunda parte de sus estudios, de tipo cualitativo, **Sánchez BC y cols. (2010)** encontraron dos indicadores asociados a la presencia de dispareunia y/o vaginismo, los de riesgo y los protectores. Los indicadores protectores predominaron sobre los de riesgo en los participantes sin disfunción sexual. Entre los indicadores de riesgo se encuentran, además de los mencionados en el primer estudio, la violencia al propio cuerpo, la anulación del deseo y falta de autocuidado. El conflicto entre deseo y prohibición sexual genera confusión, estableciéndose una asociación dolorosa y llena de temores hacia la sexualidad. De los indicadores protectores están las respuestas conductuales asertivas, la claridad de sus afectos, ubicación de los problemas, búsqueda de información sexual, apertura en la comunicación familiar y con la pareja, búsqueda de satisfacción de su sexualidad y autocuidado. Entre los indicadores que compartieron los participantes con disfunción sexual y sin él se encuentran una limitada educación sexual, pobre comunicación en el núcleo familiar y estereotipos de género muy polarizados de los padres¹⁶.

Por otro lado, investigaciones hechas por **García-Pérez H. (2010)** en México y **Alcoba VS (2004)** en España, sobre las disfunciones sexuales femeninas, demostraron que el dolor asociado al coito se relaciona con mujeres que han experimentado violencia sexual durante la niñez o que han sido violentadas por diferentes perpetradores en diferentes etapas de su vida^{9,17}. Asimismo, encontraron relación entre la presencia de deseo sexual hipoactivo y la experiencia sexual infantil traumática.

Una investigación sobre diferencia de género y su influencia en la disfunción sexual realizada en Cuba por **Hernández PI y cols. (2007)**, concluyó que las mujeres continúan centradas en complacer al hombre, limitándose de la entrega corporal y obstaculizando el disfrute del placer sexual, además mencionaron barreras para el disfrute pleno de la sexualidad y una mejor salud reproductiva como el exceso de crítica acerca de la capacidad de agradar, tendencia a establecer defensas intelectuales y sensoriales contra el placer erótico, deficiencias en la comunicación y la asimetría de poder⁷. Cabe recalcar que las alteraciones en la vida sexual de las mujeres se relacionan con los estilos de comunicación, la satisfacción marital, así también con la violencia de pareja, según **Tobo NM y cols. (2011)** en Colombia¹⁸. En Perú, **Zoroabab (2009)** concluyó en su tesis sobre la violencia psicológica y disfunción sexual femenina que la violencia psicológica contribuye a la aparición de la disfunción sexual femenina de origen no orgánico¹⁹.

La Organización Mundial de la Salud define a la **sexualidad** como un aspecto central del ser humano a lo largo de toda su vida y que engloba múltiples aspectos como el sexo, identidad, roles sexuales, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad, vinculación afectiva, el amor y la reproducción. La sexualidad está influenciada y es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales que modulan su práctica y expresión^{2,20}. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano, tales como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. La sexualidad se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos²¹.

La Organización Mundial de la Salud define a la salud sexual como un estado de bienestar físico emocional y social en relación con la sexualidad; y no meramente la ausencia de enfermedad,

disfunción o inactividad en relación a la misma. El alcanzar una adecuada salud sexual requiere una aproximación positiva y respetuosa a la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin ningún tipo de coacción, discriminación o violencia^{2,20}.

Para que la salud sexual pueda ser alcanzada y mantenida, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos², tal como lo menciona la Organización Mundial de la Salud: Toda persona tiene derecho a alcanzar el nivel más alto de salud sexual y a acceder a servicios de cuidados de salud sexual y reproductiva; buscar, recibir e impartir información relacionada con la sexualidad; respetar la integridad corporal; consensuar relaciones sexuales; decidir si tener o no descendencia y en caso afirmativo, cuándo tenerla y tener una vida sexual satisfactoria, segura y placentera, entre otras²².

Existen preocupaciones que afectan la salud sexual entre ellas las situaciones relacionadas con el erotismo como: la falta o insuficiencia de conocimientos acerca del cuerpo, particularmente en cuanto a respuesta y placer sexuales; la necesidad de reconocimiento del valor del placer sexual disfrutado durante el transcurso de la vida de manera segura y responsable, dentro de un conjunto de valores que respete los derechos de los demás; la necesidad de fomentar la práctica y el disfrute de las relaciones sexuales consensuales, libres de explotación, honestas y mutuamente placenteras²².

La **disfunción sexual** comprende las diferentes formas en que un individuo es incapaz de participar en una relación sexual como él o ella desea^{4,23}. La respuesta sexual es un proceso psicosomático y está a menudo involucrado en la etiología de la disfunción sexual⁴.

Esta entidad es progresiva y se relaciona con la edad, la condición hormonal⁸, las relaciones de pareja y niveles discordantes de deseo sexual¹. Repercute en la psiquis del paciente, en sus relaciones sociales^{7,24} y tiene impacto en la calidad de vida^{6,9}.

Puede deberse a un trastorno orgánico o enfermedad, tener un origen no orgánico, ser inducida por sustancias o deberse a factores combinados^{3,4,25}.

Las disfunciones sexuales femeninas se manifiestan como falta de interés, imposibilidad de sentir placer, fracaso en la respuesta sexual fisiológica necesaria para una interacción sexual o incapacidad para controlar o sentir el orgasmo⁵. Pueden presentarse de forma permanente o

pasajera en la vida sexual de una mujer y tener un marcado componente afectivo y de comunicación con la pareja²⁶.

Se valoran los siguientes aspectos psíquicos en toda disfunción sexual:

- *Ansiedad de actuación* (ansiedad asociada al miedo al fracaso durante la actividad sexual o a la ansiedad de no ser capaz de llevar a cabo el coito de acuerdo con las expectativas de la pareja),
- *Ignorancia y errores sexuales* (incluyen expectativas poco realistas sobre sí mismos, sus parejas o el cumplimiento del papel sexual supuestamente asignado, junto a desconocimiento de la anatomía sexual y de alternativas satisfactorias al acto sexual),
- *Dificultades en las relaciones* (especialmente problemas de comunicación de la pareja ante la existencia de elementos perturbadores de la relación como dificultades laborales, deudas contraídas, etc.),
- *Baja autoestima* (da lugar a una disfunción sexual si se asocia a la presencia de una pareja poco complaciente, que ignora sus motivaciones en la relación sexual),
- *Actitudes negativas en relación con la actividad sexual* (la excesiva rigidez en los puntos de vista acerca de la misma puede crear profundos bloqueos),
- *Creencias religiosas o la educación recibida* (influyen con frecuencia de forma decisiva en los patrones de expresión de la actividad sexual y deben ser examinados atentamente); y
- *Circunstancias adversas* (factores ambientales que contribuyen a mantener las dificultades sexuales, tales como condiciones domésticas opresivas, ambiente excesivamente concurrido que dificulta la intimidad o incapacidad para poner los medios que tiendan a conseguirla, niños pequeños que no duermen, presiones financieras o laborales)^{5,23}.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) - 10 proporcionada por la Organización Mundial de la Salud y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)-IV proporcionada por la Asociación Americana de Psiquiatría son las dos clasificaciones más ampliamente utilizadas para las disfunciones sexuales, y toman en cuenta cuatro categorías principales de la disfunción sexual de origen no orgánico: los trastornos del deseo, de la excitación, del orgasmo y el trastorno de dolor sexual²³.

El trastorno del deseo sexual es conocido por muchos autores como trastorno hipoactivo del deseo sexual la cual trata de una deficiencia o ausencia persistente o recurrente de fantasías, pensamientos sexuales, y/o de deseo o receptividad a la actividad sexual, lo que provoca angustia personal^{22,23}. Cuando la disminución del deseo sexual es transitoria y no se asocia a ninguna otra disfunción sexual, se debe casi siempre a agotamiento físico, estrés psíquico, condiciones sociales difíciles, problemas de pareja, abuso de alcohol y efectos indeseados de medicamentos que pueden generar como efecto secundario una disminución de la libido²².

Cuando hay evitación persistente del contacto sexual, aversión al sexo, se producen actitudes permanentes de evitación del contacto sexual. Es frecuente en los casos de: traumatismos sexuales, violación, abusos sexuales en la infancia, dispareunia, psicastenia, pobreza de relaciones afectivas en el marco de la pareja, lo que implica una falta de interés por el otro. Suele asociarse a inhibición sexual global, fobias (miedo racionalizado a la relación física, temor a contraer enfermedades de transmisión sexual), una marcada tendencia a la masturbación y a personalidades histéricas (son persistentes las conductas de seducción con posterior y violento rechazo del contacto sexual). Se trata de una inhibición sexual que contrasta con la hipersexualización de toda su actividad social²².

Es importante hacer notar que la ausencia del deseo sexual no excluye la posibilidad de placer o la excitación, pero hace menos probable que el sujeto emprenda alguna actividad sexual²².

Por otro lado, el trastorno de la excitación sexual se trata de la dificultad para obtener una lubricación vaginal adecuada que ayude a que el coito sea placentero hasta el final^{3,22}. No suele ser un problema aislado, sino que se acompaña por trastorno del deseo o por dispareunia. Está asociado a factores como la inconformidad en el trabajo y la mala salud. Además, los individuos que no reconocen en la sexualidad una fuente de placer y la conceptúan sólo como medio de reproducción, no buscarán variación y alternativas para la misma, lo cual con frecuencia también contribuye con la apatía sexual²².

El trastorno del orgasmo se conoce como anorgasmia y se refiere al retraso persistente o recurrente del orgasmo o ausencia del mismo después de una fase de excitación sexual normal. La mujer no alcanza el orgasmo por penetración vaginal ni por estimulación clitorídea²². Genera tensión o dificultades interpersonales y es frecuente su asociación con una mala relación conyugal. La anorgasmia mejora en las mujeres con pareja estable a partir de los 35 años de edad, probablemente por la disminución de la inhibición psíquica y por el incremento de experiencia sexual. La estabilidad de la relación, está relacionada con un mayor número de orgasmos pero a una disminución del deseo, al menos en un corto plazo²⁹.

Por último tenemos a los trastornos del dolor como la dispareunia y el vaginismo los cuales interfieren con el coito y la respuesta sexual²⁸.

La dispareunia es una alteración específica de receptividad, es el dolor genital que ocurre con el coito, pene-vagina, o dolor persistente durante o después del acto sexual, y causa preocupación²⁸. Su presenta a los minutos de haber empezado el empuje pélvico y podría deberse a pérdida de la concentración, que afecta la lubricación¹.

La ira o la repulsión hacia la pareja sexual o el miedo a la intimidad pueden causar dolor durante las relaciones sexuales³⁰. Existen problemas de convivencia y de relación (técnica sexual deficiente, falta de información, ausencia de comunicación conyugal, desarmonía grave de pareja, interpretaciones neuróticas, fantasías sexuales incompatibles, homosexualidad latente en cualquier miembro de la pareja) y situaciones de alcoholismo o de abuso de sustancias. Si no se investigan, no se conocen que explican muchas veces el problema³¹.

El vaginismo es la contracción involuntaria recurrente o persistente de los músculos perineales que rodean al tercio externo de la vagina cuando se intenta la penetración vaginal con el pene, un dedo, un tapón o un espéculo. Se puede presentar a veces cuando la paciente no está preparada, está tensa y no excitada, o presenta una actitud negativa ante el sexo²⁸.

La **adultez temprana** es la etapa de la vida que se da entre los veinte y cuarenta años aproximadamente. La edad adulta temprana es una época de cambios drásticos en las relaciones interpersonales. Los jóvenes adultos buscan intimidad emocional y física en las relaciones con los pares y sus parejas. Algunos de los problemas comunes que se presentan alrededor de los treinta años tienen aspectos sexuales como los cambios en los patrones sexuales³².

Las realidades cuya naturaleza y estructura peculiar solo pueden ser captadas desde el marco interno del sujeto que las vive y experimenta, exigen ser estudiadas mediante el **método fenomenológico**, el cual describe el significado de las experiencias vividas por una persona o grupo de personas acerca de un concepto o fenómeno³³.

La fenomenología se centra en el estudio de las realidades vivenciales que son poco comunicables, pero que son la base de la comprensión de la vida psíquica, por tanto, estudia situaciones para elaborar una estructura común representativa de las experiencias vivenciales³³.

Tiene como objetivo describir la experiencia de una forma metodológicamente rigurosa y controlada porque en ella se ponen de manifiesto sus propiedades intencionales y su naturaleza multifacética³⁴.

El doctor Miguel Martínez, responsable de la Línea de Investigación “Epistemología y Metodología Cualitativa” en su artículo sobre la investigación cualitativa lo considera como el método más indicado cuando no hay razones para dudar de la veracidad de la información y el investigador no ha vivido ni le es nada fácil formarse ideas y conceptos adecuados sobre el fenómeno que estudia³⁵.

El método fenomenológico transcurre por diferentes procesos: la *intuición del investigador* que se fortalece a partir de la escucha y la observación, el *análisis* que implica una relación de contrarios entre quien investiga y quien es investigado con la finalidad de identificar la estructura del fenómeno, la *descripción del fenómeno* donde describe su propia experiencia, la *observación de los modos de aparición del fenómeno* donde identifica las diferencias individuales aunque se trate del mismo fenómeno, la *exploración del fenómeno en la conciencia* donde recrea el objeto de estudio estableciendo relaciones cruzadas del fenómeno e indaga cognitivamente las relaciones que se establecen en la forma de percibir el ambiente y los significados que se le atribuyen a los fenómenos naturales; y por último, la *interpretación de los significados ocultos o encubiertos* que se refiere a la tarea de teorización fundamentada que debe llevar a cabo el fenomenólogo, como aporte a la ciencia³³.

La investigación fenomenológica requiere una amplia capacidad de generar empatía, que permita acercarse a los otros y posibilite la libre expresión de actitudes, pensamientos, sentimientos y comportamientos²⁹.

La disfunción sexual femenina de origen no orgánico es una patología frecuente pero poco conocida y divulgada a nivel de los profesionales de la salud y de la sociedad, y es considerada aún un tema tabú^{2,10}.

Su abordaje requiere de trabajadores de salud capacitados y sensibilizados en su detección y manejo⁶, quienes pueden enfrentar los miedos y preocupaciones médicas de las mujeres con este problema en forma natural, abierta y respetuosa del tema. El conocimiento en profundidad de cómo sienten, piensan y qué consecuencias han tenido sobre estas mujeres, nos permitirá plantear una intervención educativa coherente y eficiente respetando su derecho de llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera⁹.

Las investigaciones cualitativas relacionadas a nuestro tema de investigación han sido realizadas en otros países por lo que no tenemos información que aborde este tipo de estudios con nuestras mujeres. Este estudio nos permitirá comprender y contribuir a la prevención y solución del problema.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Autoestima: Es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quiénes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y se mejora.

Actividad sexual: Es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. Es sinónimo de acto sexual.

Cambios en la vida sexual: Comprende las modificaciones presentes en la respuesta sexual surgidas en el tiempo.

Coito: Consiste en la introducción del pene en la vagina.

Consecuencia: Hecho o acontecimiento que deriva o resulta de otro.

Estrés: Es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada. Es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia.

Pronta eyaculación: Se refiere a que, en una relación sexual, el hombre eyacula antes de que la mujer llegue al orgasmo.

Importancia: Trascendencia o valor que una persona le asigna a una situación.

Intervención educativa: Proceso que busca modificar de forma intencional determinadas características de un fenómeno con el fin de reducir su amenaza o con el fin de reducir su vulnerabilidad. Intenta modificar los factores de riesgo.

Motivación sexual: Disposición positiva para implicarse en relaciones sexuales.

Percepción: Es un proceso mental mediante el cual una persona, selecciona, organiza e interpreta los estímulos, para darle un significado a algo.

Contra natura: Se define como cualquier satisfacción del impulso sexual que no ocurra por unión “normal” de los órganos sexuales del hombre y la mujer.

Relaciones sexuales: Es el conjunto de comportamientos que realizan dos personas con el objetivo de dar y/o recibir placer sexual.

Respuesta sexual: Es el conjunto de cambios físicos y hormonales que poseen los seres humanos frente a diferentes estímulos sexuales. Comprende cuatro fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución.

Rol de género: Alude al conjunto de normas sociales y comportamentales generalmente percibidas como apropiadas para los hombres y las mujeres en un grupo o sistema social dado en función de la construcción social que se tiene de la masculinidad y feminidad.

Vida cotidiana en pareja: Está constituida por todas las situaciones que pasan a diario, las actividades que realizan con frecuencia y la manera de interrelacionarse de una pareja que cohabita en un mismo lugar.

Vida sexual: Comprende todas aquellas experiencias surgidas de la actividad sexual de una persona con su pareja.

Violencia sexual: Ocurre cuando alguien fuerza o manipula a otra persona a realizar una actividad sexual no deseada y sin su consentimiento. Las razones por las cuales no hay consentimiento pueden ser el miedo, la edad, una enfermedad, una discapacidad y/o la influencia del alcohol u otras drogas.

Coito interrumpido: Es una práctica sexual que consiste en retirar el pene prematuramente para eyacular fuera de la vagina.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Comprender el significado de la disfunción sexual femenina no orgánica desde los discursos de las mujeres adultas tempranas atendidas en un establecimiento del Ministerio de Salud de Lima Metropolitana 2013.

Objetivos específicos:

- Explorar lo que significa vivir con disfunción sexual femenina no orgánica para las mujeres adultas tempranas atendidas en un establecimiento del Ministerio de Salud de Lima Metropolitana 2013.
- Describir las vivencias, razones y motivaciones que expresan las mujeres adultas tempranas con disfunción sexual femenina no orgánica atendidas en un establecimiento del Ministerio de Salud de Lima Metropolitana 2013.
- Develar los sentimientos, temores y repercusiones en su vida personal, familiar y de pareja obtenidas desde el discurso de las mujeres adultas tempranas con disfunción sexual femenina no orgánica atendidas en un establecimiento del Ministerio de Salud de Lima Metropolitana 2013.

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación cualitativa de tipo fenomenológico para procurar comprender cómo la mujer ve, siente y piensa de los acontecimientos vividos o su presencia en el mundo. Este tipo de investigación resalta la idea de que el comportamiento humano tiene más significado del que los hechos por los cuales se manifiesta. Cuando se interroga algún aspecto, lo que se desea es desvelar ese fenómeno que se torna más claro e iluminado. La claridad se obtiene a través de los discursos y de las descripciones de los sujetos.

2. LUGAR DE ESTUDIO

La investigación se realizó en el consultorio externo de Planificación Familiar perteneciente al Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, de III nivel de complejidad ubicado en Lima Metropolitana. Esta institución cuenta con servicios de salud especializados, de alta calidad y de carácter integral dirigidos a la mujer, neonato, niño y adolescente. Entre los servicios que brinda se encuentran emergencia, hospitalización y consultorios externos.

El consultorio externo de Planificación familiar atiende a mujeres en edad reproductiva usuarias de algún método anticonceptivo. Además se realizan pruebas de Papanicolau, examen de mamas, consejería y orientación en métodos temporales y definitivos en usuarias nuevas. El servicio se encuentra a cargo de una obstetriz capacitada.

3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres adultas tempranas con disfunción sexual femenina de origen no orgánico atendidas en el consultorio externo de planificación familiar del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé de Lima Metropolitana 2013.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Edad entre veinte y cuarenta años
- Sexualmente activas en las cuatro últimas semanas con disfunción sexual femenina no orgánica (puntaje del cuestionario de disfunción sexual femenina de origen no orgánico de 4 a 13)
- Tiempo de convivencia mayor de un año
- Que acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Gestantes y mujeres que se encuentren en los primeros seis meses postparto
- Con enfermedades agudas o crónicas que condicionan una disfunción sexual (Diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, hipotiroidismo, endometriosis, prolapso genital, infección vaginal, depresión, esquizofrenia, ansiedad, etc.)
- Expuestas a sustancias psicoactivas o fármacos que condicionen una disfunción sexual (anfetamina, ansiolíticos, hipnóticos, neurolépticos, antipsicóticos, opiáceos, alcohol, marihuana, inhibidores de la recaptación de la serotonina, etc.)
- Con cirugías o traumatismos previos que condicionen una disfunción sexual (histerectomía, conización, legrados, etc.)

MUESTRA

Tipo de muestreo:

La muestra se obtuvo por criterio de elección y de voluntarias que incluye a todos los casos que cumplen determinados criterios de selección, para asegurar la calidad y objetividad de la muestra.

Tamaño de la muestra:

Fue de diecisiete mujeres determinado por punto de saturación, es decir hasta no encontrar información nueva sobre el fenómeno estudiado.

4. PLAN DE RECOLECCIÓN E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La identificación de las pacientes con disfunción sexual se realizó aplicando el cuestionario de disfunción sexual femenina de origen no orgánico (ver anexo 1). Se llevó a cabo en el consultorio externo de Planificación familiar, de lunes a sábado en los horarios de mañana y tarde de enero a junio del 2013. Una vez identificadas se explicó el consentimiento informado para invitarles a participar en la investigación. Luego, se verificaron los criterios de selección del estudio para participar de una entrevista individual a profundidad que se realizó con la ayuda de una guía de entrevista sobre disfunción sexual femenina de origen no orgánico (ver anexo 3).

Ciento diez pacientes adultas tempranas atendidas en el consultorio externo de planificación familiar resolvieron el cuestionario. Cincuenta y cuatro mujeres identificadas con disfunción sexual fueron invitadas al estudio. Solo veinticinco firmaron el consentimiento informado para la entrevista en profundidad y grabación de voz. De ellas, diecinueve cumplieron con los criterios de selección que se verificaron a través de la anamnesis y revisión de las historias clínicas.

Se coordinó el lugar, día y hora de la entrevista la cual fue realizada de manera anónima, confidencial y en un ambiente propicio para poder conversar con tranquilidad. Se empleó una grabadora de voz y un cuaderno de notas para captar todos los pormenores de la entrevista. Esta tuvo una duración máxima de una hora y no se requirieron fechas adicionales para consolidar la información obtenida anteriormente.

La entrevistada debió construir su discurso personal de forma confiada y cómoda. Con la entrevista a profundidad se obtuvo la información sobre el punto de vista, las experiencias de las mujeres, prototipos y diversas percepciones presentes en la mujer.

La entrevista a profundidad fue dirigida por las investigadoras del estudio quienes emplearon una guía de entrevista para la recolección de la información. Al finalizar la entrevista se entregó una copia del consentimiento informado a la participante.

Se excluyeron del estudio dos mujeres que manifestaron durante la entrevista haber presentado algún criterio de exclusión de la muestra.

Se utilizó un cuestionario de disfunción sexual femenina de origen no orgánico con la finalidad de identificar nuestra población de mujeres con este problema. Este instrumento fue elaborado

por la Magister Flor Guicela Zorozábal De la Cruz quien lo validó por juicio de expertos y evaluó su confiabilidad con una prueba piloto (alfa de Crombach de 0.89 = altamente confiable)⁶ (ver instrumento en el anexo 1). El cuestionario es de tipo estructurado cerrado que consta de trece preguntas que valen un punto cada una, si el puntaje es de 0 a 3 la paciente no presenta disfunción sexual y si es de 4 a 13 significa que presenta disfunción sexual.

El instrumento utilizado para la entrevista en profundidad fue una guía de entrevista sobre disfunción sexual femenina de origen no orgánico, que consta de doce preguntas que han sido elaboradas por las investigadoras en base a los objetivos del estudio. (Ver instrumento en el anexo 3).

Se realizó una prueba piloto del instrumento utilizado con diez mujeres con diagnóstico de disfunción sexual femenina de origen no orgánico, captadas en el servicio de Planificación familiar de dicho establecimiento, con el objetivo de evaluar la comprensión, secuencia y pertinencia de las preguntas de la guía de entrevista.

La guía de entrevista inicial contaba con once preguntas (ver en el anexo 2). Las modificaciones realizadas fueron las siguientes: las dos primeras preguntas de la guía de entrevista inicial se mantuvieron iguales ya que son preguntas introductorias que buscan romper el hielo y adentrarnos al tema, la tercera pregunta “¿cómo describe usted su vida sexual?” fue reemplazada por preguntas como “¿qué suelen hacer antes de tener relaciones sexuales?”, “¿cómo se siente usted durante las relaciones sexuales?” ya que estas son más comprensibles para las entrevistadas; la cuarta pregunta “¿qué cambios ha percibido usted en sus relaciones sexuales?” se modificó por “¿usted ha percibido algún cambio en sus relaciones sexuales?” y pasó a ser la pregunta ocho para mejorar el orden y secuencia de la guía. La quinta pregunta “¿usted ha llegado al orgasmo?” fue quitada y reemplazada por “¿cómo es el acto sexual?” para explorar mejor todas las fases de la respuesta sexual. La sexta pregunta “¿Por qué razones cree usted que tiene este problema?” fue quitada porque el discurso de la entrevistada siempre nos brinda esta información por sí sola. La séptima pregunta “¿qué significa para usted esta alteración en sus relaciones sexuales?” fue quitada porque la palabra “significa” no se comprendía claramente. La octava y novena preguntas se mantuvieron pero se mejoró en la redacción. La décima pregunta “¿este problema le ha traído alguna consecuencia?” fue mejorada al indicar el nivel personal, familiar o de pareja afectada. La duodécima pregunta “¿cómo afronta usted estos cambios en sus relaciones sexuales?” se mantuvo porque nos ayuda a conocer los mecanismos de defensa que generan las mujeres con relación a la disfunción. Finalmente se

agregaron las preguntas “¿cómo ha sido su niñez?” con la finalidad de buscar algún tipo de maltrato sexual durante la infancia o adolescencia, y “¿cómo es su vida cotidiana en pareja?” para explorar los problemas conyugales. Después de la prueba piloto la guía de entrevista final quedó con doce preguntas.

5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos mediante las grabaciones fueron transcritos totalmente al formato escrito y electrónico, luego se procedió a leer y conceptualizar la información de los párrafos y frases, ordenando las ideas de cada participante en categorías. Se realizó análisis de discurso. La información fue segmentada por unidades de significado (palabras individuales, secuencias breves de palabras) para asignarles “conceptos” (códigos). El paso siguiente fue categorizar estos códigos agrupándolos en torno al fenómeno estudiado en datos que fueron relevantes para los objetivos de la investigación. Las categorías resultantes se asociaron nuevamente a los códigos de tal manera que representaran el contenido de cada categoría. A continuación se depuró y diferenció las categorías derivadas para seleccionar las categorías axiales, distinguiendo las categorías de subcategorías.

6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se contó con la aprobación del comité de Ética en Investigación del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, siendo aprobado con expediente Nº 21543-12.

Todas las mujeres que participaron en la investigación firmaron el consentimiento informado de aceptación y de grabación de la entrevista.

La información que se obtuvo fue recolectada de manera confidencial. Se garantizó en todo momento la autonomía de la participante de no responder preguntas o de retirar su consentimiento en cualquier momento de la entrevista, si así lo deseaban, sin perjuicio de la atención futura en el establecimiento de salud. Se mantuvo el anonimato de las participantes en todos los registros involucrados haciendo uso de pseudónimos (nombres femeninos).

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIONES

En el presente capítulo se presentan los resultados de la investigación realizada en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé de Lima Metropolitana-Perú con mujeres adultas tempranas con disfunción sexual no orgánica atendidas en consultorios externos. Estos resultados se analizaron mediante la metodología cualitativa fenomenológica que, tal como lo conceptúa Isabel Peñarrieta De Córdova, en el 2005, “describe significados basados en experiencias”³⁶. Se utilizó la entrevista a profundidad como técnica de recolección de datos, que consiste en un diálogo abierto estimulador de respuestas claras, que detallan episodios que nos convienen para efectos de la investigación.

La muestra estuvo constituida por diecisiete mujeres, la edad mínima fue de 23 y la máxima de 40 años. El promedio de edad fue de 29.9 años. La mayoría tuvo educación secundaria a superior, cohabitaban con sus parejas en unión libre y una pequeña parte estaban casadas. El tiempo de convivencia promedio fue de 7.9 años. En cuanto a la ocupación, la mitad de las mujeres fueron solo amas de casa y la otra mitad se dedicaban además a trabajar o a estudiar. La mitad tenía solo un hijo, de su relación. La mitad de las mujeres ha tenido solo una pareja sexual.

El objetivo general es explorar el significado de la disfunción sexual femenina no orgánica. Blúmer (1969) menciona “que los seres humanos actúan con respecto a las cosas de acuerdo con los significados que estos tienen para ellos, los cuales se derivan o surgen de la interacción social y se manejan en un proceso interpretativo utilizado por la persona al hacer frente a las cosas que experimenta”³⁷.

Obtuvimos diez categorías, con su respectivas subcategorías en relación al significado de la disfunción sexual femenina no orgánica cuya interpretación se presenta a continuación:

1. Vivencias experimentadas durante la niñez en mujeres con disfunción sexual

- 1.1 Características de su familia
- 1.2 Vínculo entre la niña y la madre o cuidador primario
- 1.3 Relación de pareja de sus padres
- 1.4 Hechos que marcaron su vida

- 2. Vida cotidiana en pareja**
 - 2.1 Características propias de cada uno de los miembros de la pareja
 - 2.2 Características de la relación de pareja
 - 2.3 Contexto
- 3. Vivencias relacionadas al acto sexual en la mujer con disfunción sexual**
 - 3.1 Lo que ocurre antes de iniciar una relación sexual
 - 3.2 Acto sexual propiamente dicho
 - 3.3 Sentimientos por las relaciones sexuales
- 4. Sentimientos de las mujeres respecto a la disfunción sexual**
 - 4.1 Vivenciados como desagradables
 - 4.2 Vivenciados como agradables
- 5. Importancia que la mujer le brinda a la disfunción sexual**
 - 5.1 Le brinda importancia
 - 5.2 No le brinda importancia
- 6. Cómo afronta la mujer la disfunción sexual**
 - 6.1 Según estrategias cognitivas
 - 6.2 Según estrategias comportamentales
 - 6.3 Según estrategias cognitivo comportamentales
- 7. Razones atribuidas por la mujer a la disfunción sexual**
 - 7.1 Propias (de la mujer)
 - 7.2 Relacionadas a su pareja
 - 7.3 Debido a la Relación interpersonal con la Pareja
 - 7.4 Factores externos
 - 7.5 Debido a prácticas sexuales
- 8. Repercusiones de la disfunción sexual femenina**
 - 8.1 Personales
 - 8.2 De pareja
- 9. Motivaciones en la vida de la mujer con disfunción sexual**
 - 9.1 Según la necesidad de autorrealización
 - 9.2 Según la necesidad de pertenencia
 - 9.3 Según la necesidad de seguridad
- 10. Temores en la vida de la mujer con disfunción sexual**
 - 10.1 Relacionados a la salud sexual y reproductiva
 - 10.2 Relacionados al acto sexual
 - 10.3 Relacionados a la estabilidad de la relación de pareja

1. Vivencias experimentadas durante la niñez en mujeres con disfunción sexual

Esta categoría da referencia a la forma cómo ha vivido la mujer su niñez para encontrar en ella explicaciones a las vivencias actuales que experimenta como adulta. El modelo de familia, la relación que llevó con sus padres, la relación entre sus padres y las experiencias que marcaron su vida son analizadas a la luz de sus testimonios.

1.1 Características de su familia

De la exploración se encontraron dos modelos de familia de las mujeres durante la niñez, el tradicional y el actual. En el modelo tradicional están la familia troncal y troncal extendida y en el modelo actual, la familia monoparental³⁸. Una familia troncal, constituida solo por los padres y sus hijos, se ve ilustrada en el discurso de Soraya:

“Vivía con mis padres y con mis hermanos...yo vivía en Lima” (Soraya)

La familia troncal extendida, además de los padres y los hijos, está constituida por otros miembros de la familia como los abuelos, los tíos³⁸, así como se muestra en el discurso de Juanita:

“...estudiando...si mi mamá no estaba, estaba mi abuelita” (Juanita)

En una familia monoparental solo está presente el padre o la madre³⁸. De las diferentes modalidades que presenta la familia monoparental, se observó que las causas de estas en las familias de las mujeres se debieron a la muerte de un miembro de la pareja (papá o mamá), a una separación pactada entre ambos cónyuges, a conflictos o al abandono de parte de la madre, como se observa en los siguientes testimonios:

“... después mi mamá falleció, de verdad no sé parece atacó corazón...” (Elvira)

“Mi mamá falleció cuando yo tenía siete años, nosotros éramos, como siete hermanos, entonces la mayor se casó y yo vivía con ella” (Petronila)

“Mis padres son separados, yo he vivido con mi mamá y ella me decía cómo cuidarme, con mi papá no había tanta confianza” (Marcia)

“Mis padres se separaron cuando yo tenía trece años, por infidelidad también, mi papá se fue de la casa y nosotros nos quedamos con mi mamá.” (Graciela)

“Mis padres se separaron, he vivido una niñez muy... no es una familia sólida pues, pero sí se quedó mi papá y ha tratado de darnos lo poco que tenía pues ¿no?... mi mamá se fue dejó cinco hijos” (Bertha)

1.2 Vínculo entre la niña y la madre o cuidador primario

Las experiencias de apego con la madre o cuidador primario modelan las estructuras cognitivas-afectivas de los adultos conformando representaciones internas de sí mismos, de los otros y las relaciones interpersonales, constituyendo modos característicos de vinculación, denominados estilos de apego, que persisten de manera más o menos estable a través de la vida, extendiéndose posteriormente a la relación de pareja adulta. Asimismo, Bowlby (1969) afirma que la vinculación temprana cumple un papel en las experiencias afectivas posteriores³⁹.

De acuerdo a cómo la mujer es tratada por sus cuidadores en la niñez, se va desarrollando sus propios modelos representacionales⁴⁰. Se encontraron tres modelos representacionales, la de sí misma, la de los demás y la de las relaciones interpersonales.

La representación interna de sí misma describe la característica de cuando era niña. A continuación se expone lo encontrado:

“Siempre he sido así un poco tímida” (Lupe)

“Durante mi crecimiento comencé a presentar rebeldía” (Margarita)

“Yo creo, hemos sido la burla del barrio, del colegio” (Bertha)

“triste, llorando, mi hermano me abandonó, soy la última hija” (Elvira)

“yo no permitía a nadie que me toque, a veces mis amigos me tocaban y tenía la manía de sacudirme, estaba con esa idea que el que me toca me va a embarazar” (Fiorella)

“Así tranquilo como cualquier niña ¿no? juega” (Sonia)

La representación interna de los demás se puede observar en el testimonio de la señora Elvira. Esta coincide con la imagen de un padre violento, agresivo, que castiga y prohíbe, encontrada en pacientes con disfunción sexual femenina por Sánchez Bravo y cols., en el 2010¹⁶:

“Mi papá era medio malo, me pegaba con correa...mi hermana que vive conmigo, como una madre era para nosotros...” (Elvira)

La representación interna de las relaciones interpersonales se puede observar a continuación en los testimonios de las señoras Elvira y Margarita:

“Como paraba enferma mi mamá, yo quería quedarme con mi hermano como ‘una’ padre, más que mi papá él era.....me pongo así porque los quería a los dos, casi no tanto a mis demás hermanos, pero sí nos llevábamos pero con él más. La otra mi hermana de la Sierra me gritaba, yo haciendo mi tarea ¿no? me insultaban, eso nada más” (Elvira)

“Peleaba con mis hermanos...” (Margarita)

Las personas presentan dos tipos de apego, el inseguro y el seguro, estos están determinados por la asociación de dos variables, evitación y ansiedad³⁹. Los tipos de apego inseguro son tres, el apego desentendido, preocupado y temeroso. Las personas con altos puntajes en la variable evitación y bajos puntajes en la variable ansiedad corresponden al estilo de apego desentendido. Las personas con bajos puntajes en la variable evitación y altos puntajes en la variable ansiedad corresponden al estilo de apego preocupado. Las personas con altos puntajes en ambas variables tienen el estilo de apego temeroso. Las personas con apego seguro presentan bajos puntajes en ambas variables³⁹.

Frente a cada evento en que las mujeres, de niñas, necesitaron protección, consuelo y apoyo, sus figuras de apego reaccionaron de cierto modo, las trataron de cierta manera, les dijeron ciertas cosas y les hicieron sentir, con mayor o menor seguridad, que podían contar con ellas. Es así que la historia de crianza y la calidad del apego en la vida adulta permiten considerar la importancia relativa de la relación, en la infancia, con los cuidadores primarios⁴⁰.

La memoria de una madre afectuosa, sensible, que responde a las necesidades infantiles, que participe con ella, disfrute de sus logros y la aliente frente a sus dificultades, se asocia con un

estilo de apego adulto caracterizado por la confianza y seguridad, que formará la base de una personalidad segura y sana. Ortiz Barón (2002), mencionó que la calidez afectiva de la madre, en la infancia, correlaciona significativamente aunque moderadamente con un estilo de apego seguro en la vida adulta de mujeres, mientras que lo contrario se relaciona con un tipo de apego inseguro (el preocupado)⁴⁰. A continuación, se aprecia el vínculo que tenían con sus madres y su relación con la forma de apego seguro:

“mi mamá sí era la más consentidora, pero no, no, nunca hubo violencia...ella me decía cómo cuidarme...” (Marcia)

“No, no. Eran muy tranquilos mis papás...mi mamá me decía “que nadie te toque”, bueno, que me cuidara, me hablaban mucho...” (Lila)

Por otro lado, la distancia, frialdad, rechazo y poca comprensión de la figura de apego (madre), en la infancia, se relaciona con la inseguridad en las relaciones afectivas, habiendo generado sentimientos de desvalimiento en la niña⁴⁰. A continuación, se aprecia el vínculo que tenían con sus madres y su relación con la forma de apego inseguro:

“...De repente ha sido una forma como un castigo para ver si uno cambia o no cambia, eso es lo que mi mamá hizo conmigo, se quedó con mis dos hermanos y a mí me mandó a otro lado con mi padre...parece que eso me afectado bastante y son muchas cosas señorita que yo tengo, muchos resentimientos, muchas cosas guardadas (llanto), señorita a veces yo he tratado de superar todo esto, he tratado de superar muchas cosas, pero a veces no puedo no puedo, o sea por el tipo de niñez que yo he tenido” (Margarita)

“como paraba enferma mi mamá, yo quería quedarme con mi hermano mayor...sí, mi hermano murió primero que mi mamá y mi mamá después. Mi papá, después cuando falleció mi mamá después de dos años así me empezó abusar” (Elvira)

“Mi mamá siempre como que nos insultaba cuando uno no hace caso, mi mamá era más gritona, le salía su insulto” (Cecilia)

La calidez afectiva del padre no es un predictor para los patrones de apego en la etapa adulta de las mujeres⁴⁰.

Por otro lado, un control restrictivo ejercido por la madre se relaciona negativa y significativamente con la seguridad del apego, mientras que el control restrictivo del padre no ejerce un papel predictor de seguridad o inseguridad del apego⁴⁰. En el siguiente testimonio se aprecia el control restrictivo ejercido por los padres de la señora Irma, lo cual estaría relacionado con la forma de apego inseguro:

“Bueno, mi papá siempre ha sido celoso, cuando yo tenía cuatro años, en primaria, mi papá no le gustaba que andemos con muñecas o a veces veía así “no quiero que estén saliendo a bailar, maquillándose, sin nada y de ahí seguro van a buscar, van a querer casarse”... ¿Mi mamá?, nada, tampoco le gustaba que usáramos vestidos altos...” (Irma)

1.3 Relación de pareja de sus padres

En la percepción de la vida afectiva de los padres de la mujer se encontró poca o nula expresión de afecto, así como un tono afectivo negativo en la comunicación. Bowlby, mencionado por Ortiz Barón, en el 2002, señala que las personas con apego inseguro preocupado tienden a recordar un tono afectivo negativo entre los padres. Por lo tanto, se puede pensar que las mujeres que percibieron una vida afectiva negativa entre sus padres y poca cariñosa, tenderían a un estilo de apego inseguro preocupado⁴⁰. En los siguientes relatos se puede apreciar lo expuesto:

“Muy poco, fríos, como aparte con problemas peleando así. Mi papá sí un poco pero de parte de mi mamá no, es que como a veces en provincia mayormente no es abierto como acá las parejas. Igual cuando quería abrazarla ella siempre le prohibía así por eso digo jajaja. Mi mamá con mi papá siempre tenían así este...se acompañaron joven, ya lo último...éranos ya cinco, mi papá tenía veintiocho y empezó con otra mujer, tuvo dos hijos o sea ya...de ahí empezaron problemas para...En ese entonces yo tenía ocho años...” (Irma)

“...ella tenía un carácter fuerte bueno los dos tenían carácter fuerte pero mi mamá más... también veía la violencia entre mis padres” (Graciela)

“No, nunca vi cariño entre ellos, yo, pero nunca así por ejemplo como las parejas ahora ¿no? se abrazan, se besan delante de sus hijos. Nunca vi eso en mis papás y tampoco vi maltrato entre ellos” (Cecilia)

De la exploración, también se encontró una percepción de la vida afectiva entre los padres como cariñosa y expresiva. Los relatos de las señoras Marcia y Soraya ilustran lo mencionado:

“mis papás, me acuerdo, eran cariñosos, jugaban, se correteaban en la casa...” (Marcia)

*“Mi papá nunca le ha hecho daño a mi mamá, al contrario mi papá era muy bromista, cariñoso”
(Soraya)*

En cuanto al apoyo que los padres se brindaron entre sí, de la exploración se reflejó un predominio en el apoyo de tipo positivo que alude a aquellas conductas destinadas a dar soporte emocional al otro miembro de la relación cercana, mediante la seguridad y apoyo cuando éste se encuentre en momentos difíciles⁴¹, como se refleja en el relato de Juanita:

“Mis padres han trabajado juntos siempre, mi mamá siempre ha estado para apoyar a mi papá y mi papá para apoyar a mi mamá” (Juanita)

En el relato de Bertha se puede ejemplificar un apoyo de tipo negativo entre padres:

“No es una familia sólida pues, pero sí se quedó mi papá y ha tratado de darnos lo poco que tenía pues ¿no?... mi mamá se fue dejó cinco hijos” (Bertha)

En el estudio hecho por Sánchez Bravo y cols., en el 2010, en mujeres con trastornos del dolor, se encontró, en cuanto a la percepción de los estereotipos de género de los padres, una polarización, donde la madre se somete a la voluntad paterna, y este se percibe como poderoso e inalcanzable, además de maltratador. De la exploración no se vio reflejado este tipo de percepciones¹⁶.

1.4 Hechos que marcaron su vida

Se encontró que haber sido víctima de violencia sexual durante la niñez marca la vida de las mujeres. Diversas investigaciones sostienen que el dolor asociado al coito se relaciona con mujeres que han experimentado violencia sexual durante la niñez o que han sido violentadas por diferentes perpetradores en diferentes etapas de su vida^{3,9,17}. Es mayor la asociación si la violencia sexual se presenta antes de los quince años¹⁷. Este trastorno sexual se observa más en mujeres jóvenes y en mujeres con actitud negativa hacia el sexo³.

De nuestra exploración, de los casos encontrados de violencia sexual durante la niñez, una perpetrada por un familiar cercano y la otra por una persona ajena a la familia. Ninguno de estos dos casos presentó dolor asociado al coito. En los siguientes testimonios se puede apreciar la historia de abuso sexual de las señoras Graciela y Elvira respectivamente:

“Sí, cuando era niña abusaron de mí, cuando tenía cuatro años creo, de ahí como que me agarró un poco de temor a los varones, fue una persona ajena, eso me afectó cuando tenía dieciocho años, tenía tristeza o cuando me acordaba lloraba...” (Graciela)

“Mi papá era medio malo, después cuando falleció mi mamá, después de dos años así me empezó a abusar, durante un año así, de ahí, escapando yo me vine acá a Lima, sola, hasta salí gestando, yo lo regalé, tenía quince años recién, mi papá me dijo: ‘vas a regalar’ ” (Elvira)

Por otro lado, se encontró que los traumatismos sexuales como la violación, abuso sexual en la infancia y dispareunia se asocian con la presencia de trastorno por aversión al sexo en la adultez⁵. La característica esencial de este trastorno es el miedo y la evitación activa del contacto sexual genital con la pareja³. De la exploración, la señora Elvira quien fue víctima de violación sexual presentó características relacionadas a la aversión al sexo, tal como se ejemplifica a continuación:

“Cuando él venía borracho a veces quería estar conmigo... A veces cuando venía borracho mi papá me abusaba ¿no? tenía miedo ya ¿no?... Ahora estoy olvidando eso, poco, más antes hay veces cuando mi esposo venía borracho me escapaba justo, tenía miedo...” (Elvira)

Otro de los eventos traumáticos ocurridos en la niñez es la separación o privación parcial de la madre seguida de una historia de cuidadores sustitutos con inconsistencia entre los mismos, siendo todas estas características que apuntan a una posible constitución de apego inseguro como se ilustra en el relato de Margarita:

“Yo prácticamente señorita durante mi niñez no he vivido con mi mamá, he vivido de mano en mano, he vivido un tiempo con mi mamá, otro tiempo con mis abuelos, otro tiempo con mis tíos, otro tiempo con otra familia por parte de mis padres, no he tenido una niñez así que ha sido al lado de mis padres...yo me acuerdo que cuando estuve pequeña mi tía agarró y me dio con una

correa larga con unas púas, de repente mi madre inconscientemente lo ha hecho no con mala intención, pero ha afectado totalmente a mi persona” (Margarita)

El alcoholismo en el hogar es otro de los eventos adversos que ha generado un marco que deteriora la infancia y altera el equilibrio del hogar. En los testimonios de Antonela y Graciela se pueden apreciar los efectos de este evento:

“Nosotros vivíamos en la casa de unos tíos de mi papá, ese señor era taxista y siempre llegaba mareado en la noche y sabíamos que iba a venir a despertar a todo mundo, entonces nosotros vivíamos así en problemas hasta que nos fuimos a otra casa pero sí tengo recuerdos. Yo le digo a mi esposo menos mal que no eres borracho porque no lo soporto, porque ya he pasado ya...mi papá también que a veces toma pero felizmente ya bajó...mi papá trabaja en construcción y tú sabes que en cada techada... ya lo operaron de la próstata el año pasado y mi papá se tranquilizó un poco” (Antonela)

“También veía la violencia entre mis padres, eso también marco mi vida de sufrimiento, que veía a mis padres, mi papá a veces llegaba borracho y justo para el día de la madre, venía hacía problema, le golpeaba a ella, también eso influyó para que se separaran” (Graciela)

“A veces cuando mi papá salía a trabajar, tomaba, venía borracho” (Elvira)

El fallecimiento inesperado de un ser querido (madre, hermano) es otro de los hechos que marcó la vida de las mujeres. En los relatos de Elvira y Petronila se ilustra esta vivencia:

“Mi hermano mayor que yo quería como un padre, falleció, después que mi mamá falleció... yo tenía once o doce, no me acuerdo tanto... A veces me acuerdo, lloro, me pongo así porque los quería a los dos, casi no tanto a mis demás hermanos” (Elvira)

“Mi mamá falleció cuando yo tenía siete años, nosotros éramos, como siete hermanos, entonces la mayor se casó y yo vivía con ella, pero de ahí o sea vivíamos dos con ella, pero como ella ya tuvo sus hijos, ya no podíamos vivir con ella y ella me mandó a trabajar acá a Lima por medio de un señor que conocía allá en Arequipa, para su familia, como muchacha...” (Petronila)

2. Vida cotidiana en pareja

Nos cuenta sobre el esfuerzo que despliegan entre ellos para comprenderse y convivir como pareja en busca de su reafirmación como familia. Cada uno, con sus particularidades, se compromete en una relación de pareja que se tiene que desarrollar en una sociedad compleja y dura llevándolos por caminos antes no pensados ni planeados.

Las mujeres manifestaron tener una convivencia incómoda, conflictiva, aislada, estresante hasta aburrida. En la vida cotidiana de estas mujeres están presentes la poca comunicación o expresión de sentimientos, la poca confianza, la carencia o falta de amor, resentimiento y frustración. Sin embargo, hay mujeres que manifestaron tener una convivencia sobrellevada, con buena y necesaria comunicación.

2.1. Características propias de cada uno de los miembros de la pareja

Del estudio se develaron las siguientes características propias de cada miembro de la pareja como valores, vicios o adicciones, autoestima, roles, expectativas, necesidades y personalidades.

- **Valores**

Se considera la definición tomada por Sánchez, en el 2003, quien lo menciona como el criterio para juzgar la conducta, estimando algo como bueno y deseable en sí mismo. Considera además los siguientes tipos valóricos: el poder, el logro, el hedonismo, la estimulación, la autodirección, el universalismo, la benevolencia, la tradición, la conformidad y la seguridad. Por otro lado, Sánchez concluye que el acuerdo valórico no se relaciona con la satisfacción en las parejas, ya que, aparentemente, está relacionada con muchos otros factores que se explican en conjunto y no por separado. Resalta además que es posible que el tema de valores en las parejas resulte de la combinación entre la concordancia y complementariedad valórica⁴².

De la exploración, se encontró que el acuerdo valórico de la pareja no garantizaría por sí solo la satisfacción marital, ya que estaría influenciada por otros aspectos más concretos de la vida en pareja que serán indagadas en la sub categoría de satisfacción marital.

A continuación se ilustra un tipo valórico, autodirección, encontrado en los testimonios de las mujeres y que según Sánchez tiene una correlación significativa con algunas dimensiones de la satisfacción marital (la independencia personal y responsabilidades en el hogar) y que la define como el grado de autonomía en el pensamiento y elección de acciones⁴²:

““Él influyó a que yo dejara mi trabajo, se la sabe todas, él dice: “que mi hijo me va querer más a mí” que “yo tengo que trabajar”... Es celoso, después que di a luz ya no quiso que trabajara, incluso me cambió el número de mi celular, mi hermana se molesta porque dice ¿por qué? Si te ha conocido divertida con bastantes amigos...” (Bertha)

Sánchez en su estudio también menciona que mientras mayor es la concordancia de las parejas en el valor estimulación, que se refiere a conductas que reflejan el grado de excitación, novedad y desafíos que valoran para la propia vida, mayor es la satisfacción de las parejas en comunicación y sexualidad⁴². Del estudio se reflejó que no existe una concordancia en el valor estimulación en el caso de la señora Petronila, lo cual podría indicar una insatisfacción en la comunicación y sexualidad. Se ilustra a continuación lo mencionado:

“A veces lo dejo con mis hijos y me voy a la pollería a ayudar, a lavar ropa o sea yo salgo a buscar...según él reniega pero no hace nada...cuando no trabaja yo quiero que haga las cosas y él no quiere hacer las cosas y ahí discutimos...Siempre es una persona conformista se conforma con lo poco que tiene” (Petronila)

“Hemos tratado de sobrellevar las cosas pero no, no se puede... ya no hay la misma confianza de antes... pero me da mucha cólera señorita, si como él dice que me tiene confianza, las cosas me lo ha debido de comunicar a mí, pero no ha habido eso...” (Margarita)

Asimismo, Sánchez menciona que las mujeres satisfechas aprecian más los valores humanistas a diferencia de las insatisfechas quienes prefieren valores tales como prestigio, material, salud y científico⁴². A continuación se aprecia cómo los valores humanistas influyen en la satisfacción marital de la mujer:

“Si tú lo quieres obvio que tiene que haber esa confianza, ese respeto y comunicación, nos contamos cosas” (Fiorela)

- Adicciones

En la actualidad es definida como cualquier actividad que el individuo no sea capaz de controlar y que conlleve a conductas compulsivas perjudicando la calidad de vida, por ejemplo, adicción al juego (ludopatía), a la televisión, etc⁴³.

Un estudio revela que una dimensión que predice la satisfacción marital, en los hombres, es que no hayan conflictos por las adicciones que implican el fumar, tomar y ser infiel. Para las mujeres, los conflictos de pareja son principalmente por una incompatibilidad de intereses y/o apatía y sus adicciones⁴⁴. Asimismo, es prácticamente imposible llegar a acuerdos de pareja cuando el cónyuge presenta algún tipo de adicción⁴⁵. De la exploración, se pudo apreciar cómo la presencia y antecedente de alcoholismo de la pareja y la ludopatía generan conflictos a la mujer y aumentan la probabilidad de un deterioro general en la relación de pareja. A continuación los siguientes relatos reflejan lo mencionado:

“Yo me enamoré ¿no? Es tranquilo, cuando con mi hijo mayor no más venía borracho, después ya no, poco a poco cambió...A veces cuando él toma, a él no le gusta que lo llamo ahí lo que a veces hay problema, ahora casi ya no toma ya” (Elvira)

“Yo le digo a mi esposo “menos mal que no eres borracho porque no lo soporto”, porque ya lo he pasado ya” (Antonela)

“Él se levanta, se va a trabajar, llega en la noche, sus hijos ya no lo ven, si no está trabajando, está en la casa echado mirando televisión, se levanta come y se va a jugar casino o está jugando con su celular, trabaja dejando un día... (Petronila)

Por otro lado, se pudo observar que en algunas ocasiones aparecen conductas en las parejas, de las mujeres, que tenderían a ser rasgos de adicción y que al no ser consideradas como adicción, por ellas, no influyen en su relación de pareja. A continuación se puede reflejar lo mencionado en el siguiente testimonio:

“Su cervecita de vez en cuando como todo hombre” (Fiorella)

- Autoestima

Según Sánchez y Cols. (2009), la disminución de la autoestima es considerada un factor de riesgo para el deseo sexual hipoactivo⁴⁶. Asimismo, la baja autoestima es una variable importante relacionada a la presencia de dispareunia y vaginismo¹⁵. La tendencia a la baja autoestima es un indicador de riesgo que predispone el desarrollo de disfunciones sexuales en las mujeres, ya que se compone de sentimientos de devaluación, desventaja e inutilidad, lo que determina sus respuestas que van siempre en sentido devaluatorio¹⁶. Por otro lado, Zevallos y cols. (2008)⁴⁷, concluyen que no existe relación estadísticamente significativa entre autoestima y disfunción sexual en su estudio realizado en estudiantes universitarias.

De la exploración se encontraron mujeres que consideran tener una baja autoestima y una buena autoestima, pero predominó el rasgo de la baja autoestima, como se refleja en los siguientes relatos:

*“Actualmente mi autoestima está baja, por mi apariencia, porque no soy la que yo era antes”
(Lila)*

“Baja, no me siento bien” (Lupe)

“Bueno yo me siento mal porque a veces me trata mal, mejor prefiero estar callada y no decir nada” (María)

*“Un poco bajo porque realmente no encuentro un trabajo estable, lo que realmente quiero ¿no?”
(Sonia)*

“Ha bajado un poco, mi autoestima por todo esto ¿no?” (Graciela)

“Sí, sí me quiero bastante” (Soraya)

- Roles

Se considera roles al conjunto de comportamientos, derechos, obligaciones, creencias y normas interrelacionados que la pareja desempeña como familia⁴⁵. Del estudio se encontró que los roles

desempeñados por la pareja son los relacionados a los quehaceres, al cuidado de los hijos y a los roles como esposo(a).

Con respecto a los quehaceres, se encontró que la mujer se encarga de las labores básicas del hogar como cocinar, lavar, limpiar y el hombre, a labores como la gasfitería, albañilería. En relación al cuidado de los hijos, este rol recae principalmente en la mujer, pudiendo desencadenar conflictos. En cuanto al rol como esposo(a), se encontró que se dedican poco tiempo por el trabajo fuera del hogar.

En los siguientes relatos podemos apreciar lo expuesto:

“Lavar mi ropa, limpiar mi casa, cuidar mi bebe, cuidar mis hijos... le caliento la comida, ayuda a cargar bebe así, se lava los dientes, de ahí se echa a dormir pues, él se va a las cuatro y treinta, muy temprano pa’ levantarse. A veces nos quedamos arreglando mi casa, él no más está levantando. Con mi hermana salimos, ya él se queda con mi hijo mayor, ayudando a hacer cosas quedan ahí.” (Elvira)

“A mi casa, cuidando a mis hijos, tengo dos. Mi esposo trabaja en la empresa pacífico seguros. En las noches, cuando llega él, a las nueve así, a veces conversamos hasta las diez, once y los domingos, todo el día estamos juntos, los bebes...salimos al parque con mis hijos o a algún sitio. En las mañanas, tomar desayuno o a veces él toma solo porque se va temprano a trabajar viene hasta la noche, a veces lo espero para cenar juntos, porque yo con los bebes cenamos más temprano. Como padres estamos bien” (Cecilia)

“No salgo de mi casa... Hace cuatro años de ama de casa... ah!... cansada, como tengo dos hijos pequeños, se llevan dos años...tengo que cocinar, levantarme temprano y aparte atenderlos, si voy a la esquina, al hospital voy con ellos...todo el día no me despego de ellos para nada... Ya no es igual con un hijo, ya no es igual...a veces cuando voy al mercado sola me preguntan ‘¿y tus hijos?’ se sorprenden porque siempre me ven a todos lados con mis hijos... A veces él no me comprendía, le digo ‘hay que cuidarlos ahora que están chiquitos y si te aburren los bebes, me dices y nos separamos, yo no tengo ningún problema’ ” (Lila)

- Expectativas

Se considera expectativa a una suposición centrada en el futuro, puede o no ser realista. En esta parte se mostrarán las expectativas de la relación de pareja halladas de la exploración.

Según las teorías del aprendizaje cognitivo-social, las personas organizan internamente sus expectativas y valores para guiar su conducta⁴⁸. Hernández, en el 2011, menciona que el crear expectativas sobre lo que un hombre y una mujer deben ser y hacer, crea conflictos de pareja, es así que si alguno de ellos no se comporta como la sociedad lo espera, siente que transgrede la norma, conllevando sentimientos de culpa y enojo al interior de su relación⁴⁵.

A continuación se observa la expectativa que tiene Petronila de su esposo, que representa un conflicto en la pareja:

"Como se dice ya me resigné a estar con él ya me hice la idea... yo le digo 'aparte de no ser buen padre, eres mal marido'... pero a él le digo eso y le da igual" (Petronila)

- Personalidades

La personalidad está formada por un conjunto de hábitos que se muestran más o menos estables y permanentes y que provocan respuestas similares ante una agrupación de estímulos determinados. Para Rogers, la personalidad se constituye como resultado del propio proceso de la autorrealización: si un sujeto la alcanza, su personalidad será madura y equilibrada; en caso contrario, será insatisfecha y, por tanto, desequilibrada⁴⁸.

Los conflictos que se perciben con mayor frecuencia en la relación de pareja son los debidos a la personalidad, ya que las personas difieren de acuerdo al grado en que poseen ciertos rasgos de personalidad^{44,48}. Un rasgo es una disposición a comportarse de manera estable en diversas circunstancias⁴⁸.

Los cinco grandes rasgos considerados en el estudio son extroversión, afabilidad, responsabilidad, estabilidad emocional y apertura a la experiencia⁴⁸.

La **extroversión** va de lo sociable, divertido y afectivo en un extremo a lo retraído, silencioso y cauteloso en el otro. Se encontró mujeres y varones con este tipo de rasgo:

“Soy tranquila, un poco callada, reservada” (Lupe)

“...como él es una persona alegre, conversalona, se buscó mi amistad... él como pareja es bien alegre...” (Graciela)

La **afabilidad** va de la bondad, confianza y cooperación en un extremo a lo irritable, suspicaz, testarudo en el otro. Se encontró mujeres y varones con este tipo de rasgo:

“Todo me irrita, reniego y peor cuando él a veces hace algo” (Lila)

“Confió en todo lo que me dice. Si tú lo quieres obvio que tiene que ver esa confianza” (Fiorela)

“Yo reniego de todo, busco pretextos es mi carácter, soy así renegona, yo sí soy celosa” (Juanita)

“Una persona que no entiende es muy rebelde, eso hace que yo me aleje un poco de él” (Ofelia)

“Es bastante celoso, yo muy poco, machista...” (Lila)

“Mío es más pasivo, en cambio él es un poco más fuerte, un poco más renegón, no sé” (Sonia)

La **responsabilidad** va de la buena organización, autodisciplina y responsabilidad en un extremo a lo desorganizado, negligente y falto de escrúpulos en el otro. No se encontró mujeres y varones con este rasgo.

La **estabilidad emocional** va de la serenidad y tranquilidad en un extremo al nerviosismo y ansiedad, excitación e hipocondría en el otro. Se refleja en el siguiente relato:

“Mi esposo es bien bueno, él nunca me niega nada, nunca me ceta. Él es súper tranquilo. Desde el tiempo que he estado con él nunca me ha puesto un dedo encima” (Fiorela)

La **apertura a la experiencia** va de lo imaginativo, sensible e intelectual en un extremo a lo prosaico, insensible y simple en el otro. Se encontró mujeres y varones con este tipo de rasgo:

“Soy una persona bien comprensiva. Bueno, tenemos carácter fuerte” (Antonela)

“Es cariñoso, él siempre ha sido comprensivo conmigo” (Juanita)

“Es bien cariñoso, cuando me levanto me dice buenos días mi amor, cuando me arreglo me dice que estoy bonita...mi esposo es un hombre muy bueno, todas las cosas que yo le digo que haga, él lo hace como sabe de carpintería...” (Bertha)

De acuerdo a los rasgos encontrados las mujeres tienden a ser retraídas, silenciosas, irritables, confiadas y sensibles. Sus parejas tienden a ser sociables, suspicaces, testarudos, tranquilos, imaginativos y sensibles.

2.2 Características de la relación de pareja

La pareja es una de las formas más comunes de relación interpersonal en la cual se van desarrollando ciertas dependencias y maneras de convivencia, conformadas sobre el tiempo, las experiencias y espacios compartidos. Es una fuente de satisfacción y desarrollo cuya dinámica conforma un proceso de cambios complejos, progresivos, estáticos y cambiantes, con oscilación entre periodos de cercanía y distanciamiento en el cual la pareja nace, se desarrolla y muere⁴⁴.

- **Estilos del apego adulto**

En las relaciones de pareja, la sexualidad es una parte integral de la relación, encontrándose diferencias en su ejercicio y satisfacción dependiendo del estilo de apego de las personas³⁹.

El apego adulto se manifiesta en la calidad de la relaciones y en la regulación del afecto ante situaciones de amenaza o conflicto⁴⁹.

Es así que las personas con apego inseguro disfrutan menos de sus relaciones, perciben a sus parejas como menos capaces de brindarles apoyo y evalúan negativamente la intimidad, involucramiento, compromiso y amor del otro. Asimismo, las personas con apego inseguro tienden a desplegar menos conductas de cuidado hacia el otro y a tener expectativas más negativas respecto del apoyo de la pareja, lo que redundaría en una menor satisfacción⁴⁹.

Con respecto al estilo de **apego desentendido**, las personas presentan temor a la intimidad, prefieren mantenerse distantes, independientes emocionalmente, limitan su auto exposición y se disgustan con la cercanía emocional y física³⁹. A continuación el testimonio de la señora Irma ilustra las características de un estilo de apego desentendido:

“y ni me estés tocando’, le digo, ‘ya te he dicho lo que me ha dicho la doctora’, ‘Ay no molestes’, me dice así y ya estaba que me tocaba ‘no me molestes’ y ahí me quedé dormida...O sea me dice ‘te amo’ así y él me dice que le diga lo mismo y le digo, pero o sea no... Yo soy fría...o sea porque hasta cuando tenía enamorado a mí no me gustaba así estándolo abrazando o dándole besos, pero yo he visto o veía a mis amigos, amigas ¿no? que lo abrazaba, que lo besaba, le decía te quiero, te amo, todo, pero yo no, yo era bien mezquina o sea no me salía decirlo” (Irma)

Las personas con estilo de **apego preocupado** presentan una gran necesidad de cercanía e intimidad, se sienten atribulados y preocupados por la relación, temiendo ser rechazados por su pareja, de modo que buscan constante cercanía y reafirmación. Las personas con mayor ansiedad en el apego son más propensas a experimentar celos, obsesión o atracción sexual extrema⁴⁹. Los siguientes testimonios reflejan las características de un apego preocupado en ambos miembros de la pareja:

“Yo soy celosa, él no” (Cecilia)

“Cuando yo discuto lo hago sin motivo, a veces peleamos sin razón y me doy cuenta y le digo ¿sabes qué? discúlpame...yo me altero un poco. Es como desconfianza y por eso los problemas porque yo lo celo por cualquier cosa...” (Juanita)

“Es celoso, después que di a luz ya no quiso que trabajara, incluso me cambió el número de mi celular...” (Bertha)

En cuanto al estilo de **apego seguro**, Carnel y cols. (1999) mencionan que las personas en las relaciones de pareja, muestran mayor compromiso, confianza y satisfacción con la relación. Gustan de la cercanía e intimidad y muestran la tendencia a proporcionar y buscar ayuda cuando se requiere³⁹. Tienen además, relaciones con mejor comunicación, proporcionan mayor apoyo a sus parejas y resuelven de manera más constructiva sus conflictos. Controlan sus sentimientos negativos, reconociendo su ansiedad y buscando apoyo o consuelo en la pareja⁴⁹. Los siguientes testimonios muestran las características de un apego seguro en ambos miembros de la pareja:

“Confío en todo lo que me dice. Si tú lo quieres obvio que tiene que ver esa confianza, ese respeto y comunicación nos contamos cosas” (Fiorela)

“Bueno, hasta el momento estamos muy bien, no tenemos problemas, siempre hay mucha comunicación en ambas partes pues ¿no? qué vas a hacer, qué no vas a hacer, hay mutuo respeto, no tenemos dificultades” (Soraya)

Las representaciones o esquemas que un individuo tiene de sí mismo y de los otros guían la manera como se desempeña en diversos contextos interpersonales, especialmente en aquellos que propician la intimidad⁴⁹. La *imagen de sí mismo* en el adulto está relacionada con el grado en el cual se experimenta *ansiedad* acerca de ser rechazado o abandonado, de modo tal que las personas que tienen una visión positiva de sí mismas tenderían a experimentar baja ansiedad respecto de esta posibilidad, pues se consideran dignas de ser amadas y cuidadas⁴⁹, como se aprecia en el testimonio de la señora Antonela quien tiene una visión positiva de sí misma:

“Soy una persona bien comprensiva...” (Antonela)

Por el contrario, aquellas personas que poseen una visión negativa de sí mismas tenderían a manifestar preocupación y temor frente al abandono de quien es la figura de apego, en este caso la pareja⁴⁹. Los siguientes testimonios reflejan la preocupación frente a un posible abandono de la pareja que indicaría una tendencia a tener una visión negativa de sí misma:

“De verdad no sé señorita me puede dejar pues...” (Elvira)

*“Yo le digo o sea ¿qué? tú no estás contento conmigo entonces... ¿tú qué piensas, has pensado buscar a otra mujer? Yo soy celosa, él no... ‘pero yo no pienso buscar a otra mujer’ me dice...”
(Cecilia)*

Por su parte, la *imagen del otro* estaría asociada al grado de *evitación* que la persona manifiesta respecto de las relaciones cercanas, de manera que aquellos que tienen una imagen positiva del otro en términos de su confiabilidad y disponibilidad, tendrán mayor facilidad para establecer relaciones cercanas con otros⁴⁹. A continuación se aprecia la imagen positiva que se tiene del otro:

“Él es súper tranquilo. Desde el tiempo que he estado con él nunca me ha puesto un dedo encima” (Fiorela)

Por el contrario, aquellos que tienen una visión negativa de los demás, como poco receptivos, tenderán a evitar involucrarse más íntimamente en los vínculos⁴⁹, como se observa a continuación en los siguientes testimonios:

“Mi esposo es bien seco, no es este, de comprenderme nunca” (Cecilia)

“Yo quiero tener dos hijos, no tres’, le he dicho porque él a veces se porta como un niño y yo no estoy para eso, mi paciencia se va con ellos” (Lila)

En cuanto a la relación entre el estilo de apego y satisfacción marital se realizaron diversos estudios. Uno de los primeros, señala que al parecer las variables actuales de relación de las parejas (historia afectiva y la expresividad emocional, el ajuste diádico y la satisfacción sexual) se asocian más con el estilo de apego adulto que con los modelos internos construidos en la infancia⁴⁰. Estudios más recientes mencionan que las personas con apego seguro desarrollan en mayor medida habilidades relacionales vinculadas a la satisfacción marital, que aquellas con apegos inseguros³⁹. Por otro lado, en el caso de quienes poseen un estilo de apego seguro, sus niveles de satisfacción se mantuvieron relativamente estables y elevados con independencia del estilo de apego de la pareja. Sin embargo, cuando la persona poseía un estilo de apego inseguro, el efecto de esta variable sobre la satisfacción se vio amplificado o minimizado, dependiendo del estilo de apego de la pareja⁴⁹. De la exploración fue más frecuente encontrar, entre las mujeres, rasgos de estilo de apego inseguro que seguro. Esta mayoría mostró ser menos expresiva emocionalmente, poco comunicativa con la pareja y sus familiares, así como presentar un menor desarrollo de estrategias de regulación emocional y afectiva en comparación con aquellas mujeres que tendían a un estilo de apego seguro. Es decir se generaría un terreno menos propicio para obtener gratificación en sus relaciones de pareja. Por otro lado, las mujeres con rasgos de apego inseguro serían más susceptibles a verse influenciadas por las características de sus parejas para sentirse más o menos satisfechas con su relación marital.

- **Expresividad emocional y estrategias de regulación emocional cognitivas y afectivas**

Las personas con estilos de apego seguro son más expresivas emocionalmente que aquellas que tienen estilos de apego inseguro⁵⁰. Sin embargo, Ortiz (2002) encontró que esta asociación no se cumple en las mujeres ya que en ellas la expresividad emocional se relaciona con el grado de seguridad que perciben en su compañero⁴⁰. De la exploración se pudo encontrar que la

expresión emocional de la mujer estuvo influenciada por la expresividad de su pareja y por los conflictos generados de su relación. Las mujeres se mostraron menos expresivas emocionalmente cuando percibían a sus parejas como menos expresivas o había problemas en su relación, como se aprecia continuación:

“... yo también soy un poquito seca con él, ya no soy cariñosa, no, no le doy un afecto, el señor también es un poquito reacio conmigo, porque nosotros como le digo no tenemos comunicación, no converso con él mucho, ahora, soy más mandona...” (Margarita)

“Antes él llegaba yo lo atendía yo era bien detallista, cariñosa, pero a raíz de los problemas, ya viene, le sirvo, yo me voy a ver televisión, él come solo, yo ya no estoy ahí como antes... ¿Amor?, yo diría amor, pero muy poco...no es un amor como antes que tenía” (Marcia)

Las carencias afectivas infantiles se hacen evidentes en la vida afectiva adulta, actualmente asociada a una incapacidad en la vida sexual, generando una sensación de desequilibrio interno⁵⁰.

En cuanto a las *estrategias de regulación emocional*, Garrido en el 2006, define este concepto como un proceso que ayuda al ser humano a manejar sus estados emocionales, para lo que puede utilizar distintos tipos de estrategias que conducen a ese objetivo. Por otro lado, Garrido refiere que estas estrategias utilizadas para expresar y regular emociones, actúan de acuerdo al estilo de apego de las personas. Es decir, cada estilo tiende a privilegiar ciertas formas de manejar y regular las emociones⁵⁰.

Los individuos con un estilo de apego seguro se caracterizan por emplear estrategias centradas, por un lado, en la búsqueda de apoyo y proximidad, y por otro, en la expresión de las emociones que sienten, ya sean positivas o negativas; estas estrategias de regulación son consideradas como positivas y protectoras de la salud de los sujetos⁵⁰.

Por otro lado, las parejas con apego seguro que emplean la **capacidad de reparación** tratan sus diferencias con respeto, sin promover la emergencia de interacciones negativas en forma de escalada, manteniendo una cierta paridad en la prevalencia de los puntos de vista de cada cónyuge³⁹. Respecto a la capacidad de reparación, se ha constatado que las personas con estilo de apego seguro, después de un episodio de enojo tienen expectativas más positivas acerca de los efectos del mismo, que las personas con apego inseguro, pues consideran que son capaces

de resolver la situación, mejorar la calidad de la relación y se sienten más fuertes para enfrentar los problemas³⁹:

“Estamos tranquilos. A veces como toda pareja con problemas, conversamos como toda pareja pero sí tratamos de sobrellevarnos más que todo bueno por mi hija, pero problemas fuertes no tenemos” (Antonela)

En relación a la capacidad de recibir la influencia del otro y el interés y conocimiento del compañero, se ha constatado que las personas con estilo de apego seguro, muestran estilos cognitivos flexibles, tendiendo a buscar e incorporar nueva información. Por el contrario, las personas con estilo de apego desentendido rechazan información que les puede crear confusión, tendiendo a mantener sus estructuras en forma rígida³⁹:

“Conozco a mi pareja” (Antonela)

En el estilo evitativo en cambio, la tendencia central es a la **supresión emocional e inhibición de búsqueda de proximidad**; estas estrategias producen efectos perjudiciales en la salud física de los sujetos⁴⁰.

El estilo preocupado se caracteriza por una **hipervigilancia, rumiación y sobreactivación general del organismo** como estrategias reguladoras, sumado a la inhibición emocional, atención directa al estrés y acceso constante a recuerdos emocionales negativos. También **rechazan la nueva información** porque la información nueva o contradictoria les confunde y angustia por lo tanto se alejan de ella manteniendo su rigidez⁴⁰.

Además, existe la alta correlación entre la ansiedad, propia de los estilos de apego preocupado y temeroso, y la capacidad de ser influenciado por el otro. A continuación se aprecia la capacidad de recibir la influencia del otro, con cambio de ideas y del comportamiento:

“...con mi pareja superé eso y fue diferente...” (Graciela)

“Y poco a poco él ya me fue cambiando y ya empecé a decirle yo te quiero, te amo así...era diferente o será que no nos veíamos diario también” (Irma)

La mayoría de los componentes de una pareja buscan en la relación, sin darse cuenta, curar heridas afectivas de su pasado infantil, además de la satisfacción de otras necesidades más inmediatas, a nivel social, de atractivo físico, sexual, de comunicación, etc. Cuando esto no ocurre surge la frustración que conduce a la rabia, la sensación de pérdida de un ideal que conduce a la tristeza y a la culpa. La crisis en sí misma es solamente una indicación de la necesidad de comprensión y autoexpresión en la comunicación de la pareja⁵¹.

- **Satisfacción marital**

La satisfacción marital está integrada por varias dimensiones, tales como la independencia personal, relación con los parientes, responsabilidades en el hogar, comunicación, crianza de los hijos, protección económica, compartir metas y significados, sexualidad, y grado de amistad existente entre los cónyuges. Los que se ven afectados por otras variables como los montos de afectos positivos, negativos o de indiferencia, la activación emocional y la habilidad de autocalmarse y calmar al otro^{39,42}.

La **independencia personal** involucra actividades que se realizan en forma independiente, donde se espera el respeto de la vida independiente del otro y de sí mismo, apuntando la insatisfacción al grado de autonomía individual. En cuanto a esta dimensión, las mujeres del estudio no mostraron insatisfacción, excepto en algunos casos. Por su parte Sánchez (2003) encontró que los matrimonios muestran menor satisfacción en las áreas independencia personal⁴². A continuación se refleja esta insatisfacción en el relato de la señora Bertha:

“Me estoy adecuando estar sin dinero, yo ¿sí? No estoy acostumbrada, siempre tengo que estar pidiendo a mi esposo, pero es por ahora...Él se ha criado así, el hombre trabaja y la mujer se queda en la casa, yo sé que después va a decir que no ¿por qué trabajas? que me va a poner mi negocio” (Bertha)

La **relación con los parientes** o familiares de origen como los suegros o cuñados es una dimensión que también juega un papel importante en la relación de pareja, pues las mujeres presentaron descontento por la intromisión en la vida de pareja, crianza de los hijos o por la poca afinidad con la familia de ella o de él. Del mismo modo Sánchez Hernández (2003), encontró menor satisfacción en las relaciones con las familias de origen principalmente en el tema de lealtades familiares⁴². A continuación se evidencia la insatisfacción de las mujeres en cuanto a las relaciones familiares:

“Él pintó que su familia era color de rosa pero no fue así...jamás mi mamá me molestaba ni se metía en mi vida privada, allá decidíamos los dos y nadie más. Será mucho por el machismo, ¿qué dirá la mamá? ¿Qué dirá el papá? Eso cambió” (Ofelia)

“Yo y mi suegra señorita a decir verdad no tenemos una coordinación así de familia...a mi hija le quisieron retirar mi apellido y ponerle el apellido de mi suegra y a raíz de ese problema que yo tuve, cambió la relación con mi esposo” (Margarita)

“Yo quiero irme a la casa de mis padres. Por lo mismo que no convivo mucho con la señora, a veces me siento incómoda porque es raro vivir en esa casa que no hables, no te hables mucho con la familia, por eso estoy un poco extraña...” (Juanita)

“Después del parto comenzaron a surgir muchas cosas con mi mamá, nunca vino a ver a mi hija durante el embarazo, no fue al baby shower, esas cosas me ponían triste ¿no? y como mi esposo siempre está conmigo ¿no? esas cositas hacían de que ya no estuviera bien con él...más su familia era la que venía, pero mi familia nada...mi mamá con mi pareja se llevan bien, pero de lejos” (Soraya)

Las **responsabilidades en el hogar** es el área donde las parejas muestran mayor satisfacción marital, según Sánchez (2003). Esta satisfacción se puede deber a los roles tradicionales ya definidos: la mayor parte de los hombres trabaja fuera de la casa y cerca de la mitad de las mujeres no lo hace⁴². De la exploración se encontró que esto no ocurre en todas las mujeres estudiadas, ya que también trabajan fuera del hogar o estudian o al menos quisieran hacerlo. A continuación se ve dos ejemplos de lo mencionado en los relatos de Bertha y Soraya:

“Sí, claro, yo estoy acostumbrada a trabajar, me estoy adecuando estar sin dinero... No estoy acostumbrada, siempre tengo que estar pidiendo...Él se ha criado así, el hombre trabaja y la mujer se queda en la casa, yo sé que después va a decir que no ¿por qué trabajas? que me va a poner mi negocio” (Bertha)

“Yo soy una estudiante pero por el momento ama de casa...me sentía feliz por mi hija pero por otro lado extrañaba esa parte de estudiar, trabajar y aportar dinero a mi hogar” (Soraya)

Mientras mayor es la concordancia que las parejas muestran en conductas que valoran en menor o mayor grado el bienestar de las personas con las cuales se tiene contacto personal

frecuente, mayor es la satisfacción en responsabilidades en el hogar⁴². Lo cual se podría inferir con este testimonio:

“...Yo convivo con mi esposo, mi hija y mi hermana ¿no? y ahora mi mamá que me está visitando y mi hermano que siempre viene de vacaciones. Él está feliz de que mi mamá, mis hermanos vengan...” (Fiorela)

En cuanto a la **dimensión comunicación** Soller mencionado por Armenta Hurtate (2008) señala que la comunicación es fundamental para el funcionamiento de la pareja ya que es el medio por el cual se expresan pensamientos, temores, sentimientos y se solucionan problemas⁵².

El estilo de comunicación en cada individuo es un reflejo de su personalidad e incluso está fuertemente influenciado por factores genéticos los cuales lo hace resistente al cambio⁴⁴.

Sánchez Hernández (2003) menciona que los matrimonios muestran mediana satisfacción marital en la dimensión comunicación⁴². Por otro lado, según Flores Galaz (2011)⁴⁴, para que los hombres se sientan satisfechos en su relación, la comunicación juega un papel muy importante y congruente a las expectativas estereotipadas culturalmente, puesto que quieren que las mujeres sean comprensivas, cariñosas, juguetonas, complacientes, consideradas, dulces, apapachadoras, pero no los conflictúen con si cumplen o no sus responsabilidades en el hogar, si toman, fuman, son infieles y que las relaciones sexuales no representen algún conflicto. Para las mujeres, el factor de comunicación es muy importante para sentirse satisfechas en su relación y que este no es unidireccional sino que implica que ellas están dispuestas a mantener una comunicación positiva pero también requieren que la pareja se comunique de la misma forma y que evite ciertos estilos de comunicación negativos, como el evitante y el chismoso. Es decir, para ambos miembros de la pareja el estilo de comunicación que más les gustaría tener en su relación es el social afiliativo considerado un estilo positivo de comunicación de la pareja. El estilo de comunicación que menos les gustaría es el autoritario considerado un estilo de comunicación negativo⁴⁴.

Del estudio se encontraron estilos de comunicación como el evitante, el irritante y el social expresivo afiliativo. De estos, los estilos negativos de comunicación fueron los que primaron en la pareja. A continuación se presentan los diferentes estilos de comunicación encontrados:

Evitante:

“La comunicación entre nosotros ahora es menos, ya no es como antes, hablamos simplemente... hablamos lo necesario, del colegio, las matrículas, ya de nuestra relación o sea no tocamos el tema...” (Marcia)

“Cuando a veces ¿no?, hay algún problema, yo trato de hablar ¿no? y a veces como que él ya, “ya vas a empezar” o a veces se queda dormido y a veces no solucionamos el problema”(Cecilia)

Irritante expresivo:

“...yo estando en casa con mi barriga todo, se va a divertirse, no me gustó que saliera sin permiso. Cuando yo discuto lo hago sin motivo, a veces peleamos sin razón y me doy cuenta y le digo ¿sabes qué? discúlpame...yo me altero un poco” (Juanita)

“Yo soy más alterada que él, él es más tranquilo, yo soy más renegona, yo hablo más que él. Yo soy celosa, él no” (Cecilia)

Social afiliativo:

“Bueno, hasta el momento estamos muy bien, no tenemos problemas, siempre hay mucha comunicación en ambas partes pues ¿no? qué vas a hacer, qué no vas a hacer, hay mutuo respeto, no tenemos dificultades, bueno, pequeñeces que uno discute por tonterías, pero siempre lo arreglamos en el momento, no nos gritamos, nada de eso...Es cariñoso, bromista” (Soraya)

“Él está feliz de que mi mamá, mis hermanos vengan. Mi esposo es bien bueno, él nunca me niega nada, nunca me ceta. Si tú lo quieres obvio que tiene que ver esa confianza, ese respeto y comunicación nos contamos cosas. Él es súper tranquilo. Pero yo le hablo a mi esposo yo converso bastante con él... nos bromeamos con mi esposo” (Fiorela)

“Él no es así de que o te tomo a la fuerza... Pero yo le hablo a mi esposo yo converso bastante con él” (Fiorela)

Si existe comunicación positiva no se va a llegar al conflicto o se van a negociar constructivamente los mismos al hacer uso de estilos positivos de comunicación⁴⁴. De la exploración se observó que las parejas que han tenido un estilo de comunicación negativo

tendían a generar conflictos en comparación con las parejas que presentaron un estilo positivo de comunicación. El testimonio de Cecilia refleja conflictos por el estilo negativo de comunicación en pareja:

“Mi esposo es bien seco, no es detallista, no es, este, de comprenderme nunca. Ahora ya no porque a veces cuando me dice ‘tú no eras así’ yo le digo ‘es que tú nunca lo has hecho conmigo yo ya me cansé de hacer eso contigo ya’ ‘ya pa qué’. Me dedico más a mis hijos, estoy más pendiente de ellos que de él, me parece que sí. A veces sí, a veces no. Mi esposo debería ser más detallista conmigo, yo ser más cariñosa tal vez. ‘Si quieres que sea detallista contigo, lo voy a ser’, pero no lo hace... ‘voy a ser más cariñoso contigo’ pero no lo hace” (Cecilia)

Por otro lado, la comunicación juega un importante papel en la percepción de la relación, dado que en la medida que la pareja utilice estilos de comunicación positivos, disminuye la percepción del conflicto y aumenta la satisfacción marital⁴⁴.

Con respecto a la dimensión de **compartir metas y significados** se encontraron metas como las relacionadas a la solvencia económica del hogar (manejar un negocio), la educación de los hijos, reparar la relación de pareja o mantener la unión familiar. A continuación se ilustran cada una de las metas encontradas:

“Trabajo con mi pareja, dos años y medio, es negocio de los dos” (Irma).

“En ese aspecto no tengo muchos problemas con él... él es padre responsable... bueno me acompaña al hospital, va al colegio de mis hijos...” (Marcia)

“...inclusive dos, tres meses no teníamos intimidad, estábamos peleados... conversando o sea él también me dijo que quería estar bien y tanta cosa ya pues, yo por mis hijos accedí,...o sea hablando de que yo era su mujer y que nadie eso lo iba a cambiar” (Marcia)

Por último, la dimensión **satisfacción sexual** es un elemento determinante de la satisfacción marital³⁹, y se refiere a la percepción y evaluación que una persona hace de su vida sexual con base en ciertos aspectos, como la frecuencia de encuentros sexuales, satisfacción de sus necesidades, estilo de comunicación en pareja, tipo de actividad sexual realizada, cumplimiento de expectativas y satisfacción con su relación de pareja en general⁵³. De la exploración se encontró que entre los aspectos que las mujeres toman en cuenta para hacer una evaluación de

su satisfacción sexual están la capacidad de obtener orgasmos, presentar disposición para las relaciones sexuales, sentir que su pareja responde a sus expectativas, estar bien con la pareja y sin conflictos. A continuación se presentan los siguientes testimonios donde se reflejan los aspectos involucrados a la satisfacción marital:

“A veces satisfactoria... de ocho veces solo cuatro veces siento orgasmo” (Antonela)

“No! no! no me satisface prácticamente porque no, porque no, ... cuando uno no quiere... porque hay momentos que cuando yo tengo relaciones con mi pareja sí los tengo, pero hay momentos que no” (Margarita)

“A veces que sí, los dos terminamos satisfechos a veces que no...Porque si sé que él no va a poder satisfacerme como debe ser” (Petronila)

“El hombre sí cambia totalmente después de hacerlo, quiere darlo todo, él sí todo, pero yo, no pasa nada, igual ‘toy’ ” (Lila)

“Cuando estamos en un momento en que estamos bien, que no haya discusión, yo lo considero muy bueno, pero si ya hay un problema por ahí, discuto, como que no” (Soraya)

Por otro lado, los varones también mostraron insatisfacción en el aspecto sexual principalmente cuando las mujeres muestran desinterés sexual. En relación a esto Rivera y cols. (2011), menciona que los hombres se muestran significativamente más insatisfechos que las mujeres, pues dan más valor a la dimensión sexualidad (excitación, placer) que las mujeres³⁹:

“...A veces me reclama y me decía: ¿qué tienes? ¿Por qué no me deseas? como cualquier hombre creo y a veces me reclama...” (Bertha)

“Él dice ‘ya me cansé de buscarte, me cansé de yo darle iniciativa para estar y a ti como si no te interesara, como si tú no quisieras estar conmigo’” (Cecilia)

“...Pero yo que tenga interés de tener relaciones no, casi nunca, siempre es mayormente él el que ponga interés” (Irma)

Un número relevante de parejas experimentan un vínculo de afecto significativo con el otro, pero no experimentan deseo sexual³⁹, como se encontró en las mujeres estudiadas:

“Lo que es en llevarnos, sí nos llevamos muy bien, bromeamos...Confío en mi esposo ¿sí?...No sé si me estaré complicando, pero lo único que sé es que no lo disfruto. No tengo ese apetito de querer acostarme con mi esposo” (Bertha)

Algunos estudios constatan una relación entre los altos niveles de satisfacción sexual y una mejor calidad y estabilidad con la pareja³⁹. Por otro lado, Butzer y Campbell (2008), mencionan que las personas con altos niveles de ansiedad y evitación son las que reportan los menores niveles de satisfacción sexual. La relación entre la satisfacción sexual y la marital es mayor en las personas con alta ansiedad del apego y aquellas que tienen parejas ansiosas en el apego⁵⁴.

- **Conflictos**

El conflicto es un proceso interpersonal que se produce siempre que las acciones de una persona interfieren con la otra. En la pareja, el conflicto es definido como una forma de expresar diferencias en sentimientos, pensamientos y conductas en las que las parejas pueden ponerse o no de acuerdo⁴⁴. De la exploración se encontró que las situaciones que generan conflictos en la pareja son: personalidad, irresponsabilidades en las actividades de la casa, las relaciones con los parientes, incompatibilidad de intereses y/o apatía, la crianza y planificación de los hijos, desconfianza, las expectativas sobre la relación, la falta de atención, la sexualidad, entre otros. Se encontró que de estos los más frecuentes en las parejas fueron debidos a la personalidad, desconfianza y sexualidad. A continuación se ilustran conflictos en la relación de pareja debidos a la personalidad, que según Flores Galaz (2011) se encuentran con mayor frecuencia⁴⁴:

“Al inicio nos peleábamos, de mano, si nos hemos peleado antes de ir yo a la iglesia, yo también era un poco lisa, los dos, ninguno de los dos queríamos perder, eso fue en Huaraz, en Huaraz peleábamos, pero cuando comencé a ir a la iglesia ahí ha comenzado a cambiar las cosas ya”
(Graciela)

“Mi esposo nada más...mi esposo es bien tranquilo, bien humilde, sencillo, a veces cariñoso, me entiende en muchas cosas pero a veces hay momentos también que como toda pareja ¿no? por algo discutimos. Mi esposo es bien seco, no es detallista, no es, este, de comprenderme nunca. Ahora ya no porque a veces cuando me dice ‘tú no eras así’ yo le digo ‘es que tú nunca lo has

hecho conmigo yo ya me cansé de hacer eso contigo ya' 'ya pa qué' pero, de vez en cuando, yo le sorprendo a él con algunos detalles pero ya no como antes. Mi esposo debería ser más detallista conmigo, yo ser más cariñosa tal vez. 'Si quieres que sea detallista contigo, lo voy a ser', pero no lo hace... 'voy a ser más cariñoso contigo' pero no lo hace." (Cecilia)

A continuación se ilustran los conflictos relacionados a las irresponsabilidades en actividades de la casa:

"Soy ama de casa...no, no conversamos, cuando conversamos discutimos... cuando no trabaja yo quiero que haga las cosas y él no quiere hacer las cosas y ahí discutimos... es cobrador de combi"
(Petronila)

A continuación se ilustran los conflictos relacionados a la crianza de los hijos y la relación con los parientes de la pareja:

"Ahora es más por el mismo problema de los chicos y la familia de él, vivir con mucha gente en una casa, digamos, las relaciones familiares eso se rompe porque ya se mete la familia, hay muchos factores...Hay conflictos más que todo por los chicos que hicieron una cosa u otra. Antes le decía "Yo voy a cocinar hasta que tú llegues y enviar a los chicos al colegio, ¡ya, bueno! Si él tenía que tender la cama la tendía, me ayudaba, pero acá cambió. Yo he pensado salirme de la casa de mis suegros" (Ofelia)

A continuación se evidencian conflictos por dinero:

"Hemos sacado un préstamo a nombre de mis suegros, todo está a mi nombre, siempre la discusión ha sido por el pago ¿no? y que mis suegros no lo pagan...todo pago que tenemos que hacer una está con dolor de cabeza pensando, hay días en que no hay ventas no hay el momento que tú puedes tener una buena relación con tu esposo en ese momento que has renegado..."
(María)

Según Florez Galaz (2011), para las mujeres, un factor que predice la satisfacción marital es que no existan conflictos debidos a la desconfianza⁴⁴. En los siguientes relatos se muestran conflictos por la desconfianza en la relación:

“Yo he cambiado...ya cuando una persona te miente pierdes la confianza...y desde ahí he cambiado...Es como desconfianza y por eso los problemas porque yo lo celo por cualquier cosa...A veces no me nace cambiar. En la relación como prioridad está la confianza...” (Juanita)

“Cuando hay infidelidad ya no confías en tu pareja, ya no hay esa confianza, tendría que cambiar eso, pero así cambie él yo ya estoy con esa duda... A veces hay resentimiento de algo...más que todo los problemas que ha habido ha sido por la familia de él... yo le decía algo y no le interesaba, no le importaba, ya poco a poco como que eso se ha ido deteriorando... por lo de la otra señora, la madre de sus hijos, el resentimiento nomás había, como eran separados, ella le dejo a sus hijos, los abandono, ella venía a ver a sus hijos...” (Marcia)

Además en referencia al modelo de predicción de la satisfacción marital, Flores Galaz refiere que para los hombres, la última variable que lo explica es el factor de conflictos por la sexualidad (la frecuencia e interés que se tiene en las relaciones sexuales)⁴⁴. De la exploración, los conflictos debidos a la sexualidad son debidos a falta de interés de la mujer y por la demanda de la pareja, como se muestra a continuación:

“O sea como te digo no tengo ese interés como a veces... ‘¿Es diario?’ le digo a la doctora...eso a mí me incomoda pues ¿no? Yo le comenté a él, me dice ‘ay tonterías’...es que ha dicho la doctora le digo, no sé, le digo, yo también le he comentado a la vecina...Que no está bien ¿no? No, ya no hay una relación sexual normal, yo me doy cuenta ¿no? No es un poco normal, como debe ser...” (Irma)

“A veces me reclama y me decía: ¿qué tienes? ¿Por qué no me deseas? como cualquier hombre creo y a veces me reclama...tengo dolor de cabeza, así, hago mi pretexto...Él lo único que va a decir es ‘tú no me quieres’, se siente mal porque él es demasiado así sensible” (Bertha)

- **Rol de género**

De la exploración, con respecto al rol de género se observó que cuando existe violencia verbal o física de parte del varón así como la presencia de vicios (ludopatía) en la pareja, la calidad de la relación suele verse disminuida. Asimismo, Hernández Martínez refiere que la falta de equidad afecta primordialmente la satisfacción marital de las mujeres como cuando hay la presencia de cónyuge con vicios, o violento⁴⁵. De la misma forma, Rivera y cols. (2011) refieren que la satisfacción marital disminuye por el hecho de ser mujer, resultado que concuerda con otras

investigaciones (Barrientos, 2006) lo cual puede vincularse con el desempeño de los roles de género³⁹. A continuación se reflejan testimonios donde existe violencia física y psicológica de parte del varón, así como presencia de vicios relacionados a roles de género:

“O sea siempre han habido cachetadas, y al otro día disculpas y yo le he ido acostumbrando...me tiraba cachetada y al otro día vamos al cine y ya se olvidaba hasta que hubo un golpe más fuerte que me moreteó la cara y ya tuve que ir a poner denuncia...de ahí paró... como pareja sí, sí falló... en el sentido de no apoyarme y por una infidelidad de él...el año pasado recopilé ya muchas cosas...ahí discutimos... eso fue la gota que derramó el vaso... yo agarré maletas y me fui con mis hijos... tuve que regresar acá a la semana por el colegio de ellos...” (Marcia)

“No, o sea de ir a los golpes no, o sea solamente con palabras, así golpes, golpes no, después a la segunda a la tercera ya no aguanté yo, ahí donde que ha bajado un poco de mentarme la madre... ¡Ay no me molestes! le digo, ¡vete para allá!, él me dice, ‘discúlpame’, yo le digo ‘de todos los días que tú me pides disculpas no van a borrar lo que tú me dices... las palabras me quedan grabadas, me hieres’” (María)

“Si no está trabajando está en la casa echado mirando televisión, se levanta, come y se va a jugar casino o está jugando con su celular... trabaja dejando un día...” (Petronila)

Además, es prácticamente imposible llegar a acuerdos de pareja cuando se es víctima de violencia a nivel físico, emocional, económico y/o sexual por parte de esta⁴⁵.

De la exploración también se observó que cuando la mujer desea buscar trabajo y el hombre muestra desacuerdo con ello, se crean discusiones a este nivel. Así como lo menciona Rivera y cols. (2011) que la negociación de los roles de género puede generar tensiones y conflicto en la pareja, en detrimento de la satisfacción marital³⁹.

En cuanto a la crianza de los hijos, muchas veces el hombre delega la tarea de la crianza de estos a la mujer y en pocas ocasiones busca cooperar con este tipo de roles ya que considera que su principal obligación es dar sustento económico al hogar. En respuesta a esto, en el estudio también se observó que la mujer busca equidad en la tarea y cuidado de los hijos demandando en el esposo la ayuda o apoyo necesarios para el funcionamiento del hogar. Por su parte, Rivera y cols. en el 2011, señalan que cuando las mujeres adoptan un rol menos tradicional e igualitario, se perciben a sí mismas en desventaja demandando mayor presencia en la toma de

decisiones, y/o presionan a sus esposos para que se avoquen más a las tareas hogareñas y el cuidado de los niños³⁹:

“A veces él quiere salir, demorarse y le digo, ‘hay que cuidarlos ahora que están chiquitos y si te aburren los bebés me dices y nos separamos, yo no tengo ningún problema’... ya poco a poco le he ido enseñando cómo cuidarlos...” (Lila)

Por otro lado, se ha visto que la satisfacción marital depende de muchos factores y a pesar de haber diferencias de puntos de vista en la relación se puede percibir la vida marital como satisfactoria. Esto último, concuerda con otros estudios que refieren que las diferencias entre hombres y mujeres determinan perspectivas diferentes, diversas visiones de mundo, pero no necesariamente mayor o menor satisfacción al interior de la relación de pareja⁴⁹.

- **Percepción**

Del estudio se encontró, que las percepciones que tienen las mujeres sobre su relación de parejas son diversas que van desde aburrida, rutinaria, conflictiva, estresante, de desconfianza, de pobre comunicación hasta buena, tranquila y sobrellevada. A continuación se ilustran las percepciones de las mujeres:

“Esta semana sí le había comentado que... era aburrido entre nosotros, por ejemplo una vez salimos en parejas...ah! Fue aburrido, mi esposo estaba sentado no más, yo quería bailar y él no quería, yo estaba aburrida...ah! él es tranquilo, sí eso me aburre, yo soy más activa por eso a mis hijos trato de ponerlos en algún taller, cargo mi maleta y a todos lados con ellos, en cambio él no, ay!” (Lila)

“A veces, últimamente el trato que él me está dando... siempre renegamos” (María)

- **Tiempo que le dedica a su pareja o familia**

En cuanto al tiempo que se dedican como pareja, se encontró que este por lo general es poco, debido principalmente a las horas de trabajo de ambos miembros de la pareja. Este poco tiempo en pareja ha provocado cambios en su relación pues la comunicación entre ellos ha disminuido y ya no sienten la misma confianza de antes, los detalles se dejaron de lado y la relación con los hijos también se vio afectada por la poca presencia de uno de los miembros, sobre todo de los

padres. Con respecto a esto, Hernández Martínez y Cols. (2011), menciona que entre las causas de insatisfacción marital se encuentra la falta de tiempo, la queja general radica en los pocos momentos que pueden o pudieron compartir en pareja, con énfasis en la falta de detalles recibidos por parte de su cónyuge, relacionados con abrazos, caricias y atención a su apariencia. La causa se encuentra primordialmente relacionada con la falta de tiempo debido al trabajo⁴⁵. A continuación se ilustra lo mencionado en los siguientes relatos:

“Le dedico poco tiempo a mi pareja, no mucho porque mi esposo trabaja todo el día, esto me ha afectado bastante porque ya no hay tanta confianza... él está más centrado en su trabajo. No hay comunicación” (Ofelia)

“Yo también le digo, ‘tú te pasa, o sea no nos sacas a pasear’, yo le dedicaría tiempo a él si el también piensa que tiene una esposa en casa” (Petronila)

“Los domingos no más descansamos desde del medio día, a veces a veces no tenemos tiempo para nosotros, como llegamos allá, está lejos, de ahí ya no podemos salir...y tampoco ya no tenemos tanto tiempo” (Lupe)

Sin embargo, se observaron parejas que por el trabajo que realizan pasan más tiempo juntos y que tiende a favorecer la comunicación, es por eso que en las agendas personales de los integrantes de la pareja se necesita tiempo y la capacidad de expresar sus necesidades emocionales para poder establecer una comunicación empática en la cual participan de manera importante las construcciones sociales de género⁴⁵.

“Está bien el tiempo que le dedico a mi esposo...Ahora tenemos más tiempo porque él viene a almorzar a la casa, porque trabaja cerca estoy más tiempo con él, incluso los sábados en familia salimos siempre. Él llega a las seis de la tarde. Vivimos los dos solos” (Soraya)

“Mayormente cuando estamos acá juntos, trabajamos, luego nos vamos a comer, paramos acá peleando, abrazándonos, trabajando, vamos a comer... como yo no cocino, en las noches, a veces” (Irma)

- **Tiempo de convivencia**

De la exploración se encontró que el tiempo de convivencia influye en la vida sexual de la mujer ya que refiere sentirse cansada de alguna manera. Este factor se manifiesta principalmente en la disminución de la motivación sexual. En el testimonio de la señora Antonela se refleja la influencia del tiempo de convivencia en las relaciones sexuales:

“...por lo menos once años de pareja, por eso es que estamos cansados” (Antonela)

2.3. Contexto

- **Económico laboral**

Según Rivera y cols. (2011), el nivel socioeconómico aumenta la satisfacción marital. Con el aumento del nivel socioeconómico disminuyen los factores estresantes del contexto que pueden afectar negativamente la satisfacción marital³⁹.

Según Armenta - Hurtate y cols. (2012) el ámbito económico laboral delimita el tipo de actividades que pueden llevar a cabo los miembros de la relación (ir al cine, viajar, estar en casa), asimismo, la situación económica y laboral puede ser un elemento de conflicto dentro de la relación. Este posible conflicto en la relación se puede deber a dos aspectos, el primero de ellos es el estrés que puede causar las actividades laborales y el segundo es el tiempo dedicado al trabajo, ya sea por el exceso de trabajo o por falta de recursos económicos para los gastos cotidianos. En ambos casos se ve mermada la convivencia con la pareja. Se observa que los hombres le otorgan mayor importancia al ámbito laboral, en comparación con las mujeres⁵².

Con respecto a la disfunción sexual, la dispareunia fue 53 % más común en mujeres que reportaron haber trabajado la semana previa a la encuesta. Las mujeres adultas jóvenes (25 a 34 años) y las mujeres trabajadoras mostraron un mayor riesgo de dispareunia en comparación con mujeres adultas maduras (35-54 años) y las mujeres que se encontraban en el hogar¹⁷. A continuación, los factores contextuales influyentes.

“Mira realmente estamos todo el día acá en la tienda ¿no?, a veces discutimos, cuando no hay una mercadería así...Todos los días trabajo, los domingos no, él viene los domingos, los domingos

yo salgo con mis hijas, los domingos él trabaja hasta las dos de la tarde no más, de ahí se regresa...” (María)

“Soy comerciante, yo no descanso. Él se levanta temprano para ir a trabajar, se alista su ropa, a las cinco y media sale ya, se despide de mí, yo me despierto a la hora que él se va. Hablamos un rato y se va. Ya pues estoy en el trabajo” (Juanita)

“Trabajo de lunes a sábados de nueve a nueve de la noche, bueno no es tan esforzado, es poco suave, sino que a veces...a veces no más... pero no tanto normal, tranquilo... igual, recarga tinta, los dos trabajamos, a veces llegamos cansados, a las diez, once de la noche a dormir y nos levantamos temprano al otro día a las seis... Los domingos no más descansamos desde del medio día, a veces a veces no tenemos tiempo para nosotros, como llegamos allá, está lejos, de ahí ya no podemos salir” (Lupe)

“A veces lo dejo con mis hijos y me voy a la pollería a ayudar, a lavar ropa o sea yo salgo a buscar...” (Petronila)

“Yo me dedico a trabajar en costura recta, trabajo de lunes a sábados, desde las 9 de la mañana hasta las 6 de la tarde, los domingos por momento si por momentos no también... bien, porque es más descansado, es más descansado porque no es tan el trajín, porque llegas y te sientas de frente a coser todo el día, coses, coses, coses, hasta el tiempo que te da para salir a entregar tu mercadería... Porque nosotros bueno por el tiempo que mi esposo está trabajando y por lo que yo trabajo, a veces no hay comunicación o no hay acercamiento...yo prácticamente señorita no le podría dedicar el tiempo a mi pareja porque yo todo el día estoy trabajando y solo llego en la noche a descansar nada más, los domingos hay días que estoy y días que no...” (Margarita)

“Mayormente mi esposo para trabajando. Él no tiene horario ni de salida ni de llegada” (Fiorela)

“...mi esposo trabaja todo el día...Ahora soy ama de casa, él se dedica al negocio... él está más centrado en su trabajo, no hay comunicación” (Ofelia)

“Desde que nació mi hijo dejé de trabajar; me estoy adecuando estar sin dinero, yo, ¿sí? No estoy acostumbrada, siempre tengo que estar pidiendo a mi esposo, pero es por ahora...albañil es él... está dedicándose a su carrera, está cachueleando y estudia, él prácticamente ayuda a su papá... A veces viene cansado de la universidad, como trabaja y estudia eso le fastidia pues” (Bertha)

“Es guardián, él trabaja todos los días y entra una semana de noche, una semana de día, los sábados descansa” (Elvira)

“A mi casa, cuidando a mis hijos, tengo dos. Mi esposo trabaja en la empresa pacífico seguros, los domingos descansa” (Cecilia)

“Yo soy una estudiante pero por el momento ama de casa” (Soraya)

- Relación con otras personas

Las mujeres del estudio convivían con su familia o la familia de su pareja en la misma casa, con vecinos y en ocasiones vivían solos como pareja. Estudios refieren que las personas ajenas a la relación de pareja como la familia y las amistades representan elementos positivos y negativos para la evaluación de su satisfacción marital⁵². La parte positiva se refiere a aspectos como el apoyo social otorgado a los miembros de la relación en diferentes ámbitos ya sea en su papel de padres, en actividades cotidianas o como facilitadores sociales que ayudan a la intimidad en la relación. En la parte negativa, la perspectiva de los demás hacia la relación de pareja afecta negativamente a la satisfacción marital, ya que se integran las opiniones y sugerencias de los demás en torno a la toma de decisiones que hace la relación de pareja. Con respecto a las amistades estas juegan un rol importante en la relación, ya que conocer las amistades de la pareja se ha considerado como un indicador en el proceso de desarrollo de la intimidad en la relación. Sin embargo, el papel de las amistades que está asociado a la satisfacción marital refiere básicamente a las opiniones que dan sobre la relación⁵². La relación que las mujeres llevan con otras personas influyen negativa o positivamente en su relación de pareja, de tal manera que la opinión de su familia, familia de la pareja, entre suegros, cuñados, y por otro lado, los vecinos, cumplen un rol favorecedor o desfavorecedor de la satisfacción marital, como se muestra a continuación en los siguientes relatos:

“Yo vivo con mis cinco hijos, con él con mis suegros y mi cuñado...eso empezó al año que me vine de Argentina pero ahora es más por el mismo problema de los chicos y la familia de él, vivir con mucha gente en una casa, digamos, las relaciones familiares eso se rompe porque ya se mete la familia, hay muchos factores” (Ofelia)

“Vivo en la casa de mis suegros, por lo mismo que no convivo mucho con la señora a veces me siento incómoda porque es raro vivir en esa casa que no te hables mucho con la familia... Tenemos un cuarto para nosotros” (Juanita)

“Al principio bien, pero ya poco a poco, como que ya... ya ha cambiado la relación y él saca cara por la familia entonces como que eso me, me está apagando a mí en ese aspecto ¿no? de mi vida. Como él, es el mayor, la casa es de tres pisos y todos viven ahí, así que obvio, es que todos se repartan los gastos, pero él asumía la mayoría, entonces por ahí había problemas, como él a veces le hacía el mercado a la mamá, aparte la cuñada bajaba llevaba como si hubiera comprado y por ahí había problemas, yo no podía decir nada, como él pone, ya yo no podía hacer nada” (Marcia)

“Sus padres son unas personas bien correctas que me han conocido a mí de niña, yo he conocido a sus tíos todo... La dueña vive en el primer piso, ¿pero para qué?, vivimos como familia (risas), la señora es súper buena onda, bien buena no!, nos llevamos como familia ahí, tenemos harta confianza” (Fiorela)”

- Hijos

Para los hombres la importancia de las actividades matrimoniales es menor conforme tienen más hijos y para las mujeres la importancia de las actividades permanece más o menos sin cambios, independientemente del número de hijos⁵²:

“Pero yo estaba tranquila y quería tener a mi hija y él también lo que me choco fue ya con mi segundo embarazo, porque no lo esperaba, no estaba planificado” (Lila)

Por su lado, Armenta - Hurtate (2012) dice que la presencia de los hijos es importante para la relación de pareja existiendo una diferencia entre hombres y mujeres, siendo las mujeres las que indican mayor importancia en comparación con los hombres. Asimismo se identificó que la relación con los hijos está relacionada con la satisfacción marital ya que es un aspecto importante que consideran las personas en la evaluación de su satisfacción marital. Esta está asociada al interés de tener una interacción positiva entre ellos con sus hijos así como la interacción que surge entre los miembros de la relación debido a la presencia de los hijos⁵²:

“A veces pienso en mis hijos y digo por ellos seguir adelante porque a veces me da ganas de terminar con todo, pero como yo tuve ya una separación los que sufren son mis hijos...”

(Petronila)

“Me dedico más a mis hijos, estoy más pendiente de ellos que de él, me parece que sí... Salimos al parque con mis hijos o a algún sitio” (Cecilia)

- Hábitat

El hábitat donde se encuentra la relación es importante para la satisfacción marital y estaría referida a aspectos físicos (espacio en el hogar) así como a aspectos sociales (seguridad). La importancia del hábitat de la pareja en la satisfacción marital subyace en la calidad de la interacción que se da entre ambos miembros de la relación ya que, el espacio físico puede facilitar o no las actividades y convivencia entre la pareja; estas actividades que se llevan a cabo dentro del hogar pueden ser desde los quehaceres domésticos hasta las actividades recreativas⁵². La mayoría de las mujeres vivían en ambientes con poco espacio para habitar que influían algunas veces en la interacción marital y sexual con su pareja:

“Actualmente vivo con él en un primer piso alquilado y junto con otra pareja de casados... Ellos trabajan todo el día y en las noches están solo los domingos los vemos...en las noches es a veces un poco incómodo porque se escucha todo, y en la madrugada a veces no dejan dormir pues porque ellos tienen quizá su intimidad más abierta que la nuestra .. Aparte tenemos nuestra casa en mala...Me he descuido bastante con mi pareja como antes trabajaba él ya se había acostumbrado a estar sin mí..., cuando estábamos ahí un poco que nos aburríamos, como estamos en un cuarto no más y él me dice que quiere trabajar ya... para irnos a otro lugar si voy a salir embarazada no quiere que vivamos así...” (Graciela)

“Los dos con mi hijo, en un departamento alquilado” (Irma)

- Salud

La variable salud se encuentra asociada con la satisfacción marital por las implicaciones que tiene el proceso de recuperación de una enfermedad o en la forma de enfrentamiento que tiene el individuo ante los problemas de salud⁵².

“Por el momento está en descanso médico, porque tiene una enfermedad en la pierna, está en descanso médico, pero esta semana le va a decir el ingeniero si va a seguir en su trabajo o no. En construcción ha estado trabajando...Estamos acá por su recuperación y para ver por qué no puedo tener hijos...Ay!, a veces me aburro de no trabajar, pero por querer cuidar mi salud y no trajinar, ya no estoy trabajando” (Graciela)

“...lo que me chocó fue con mi segundo embarazo, no estaba planificado, él es hipotónico y también eso ¿no?, ya lo llevo al colegio, le llevo a su terapia” (Lila)

3. Vivencias relacionadas al acto sexual en la mujer con disfunción sexual

Se refiere al conjunto de comportamientos realizados por ambos miembros de la pareja con el objetivo de dar y/o recibir placer sexual. En esta categoría se explican las circunstancias previas a una relación sexual, las características de esta y los cambios de las diferentes fases de la respuesta sexual, además de explorar los sentimientos que la mujer manifiesta develando de esta manera la vida sexual de la mujer. Cabe considerar dentro de esta misma línea la relevancia del placer sexual ya que ayuda a construir la estructura fundamental de parentesco en la relación de pareja, contribuye a la felicidad general en la vida, tanto de hombres como de las mujeres y está asociado con diversos aspectos de la buena salud. Visto así, el placer sexual no es frívolo ni innecesario: es esencial⁶.

3.1 Lo que ocurre antes de iniciar una relación sexual

Los factores interpersonales (tipo de apego, tipo de amor) juegan un papel medular en la forma, dinámica y regulación del comportamiento sexual. Además, de estos factores, el factor de motivación sexual es entendida como un predictor de la conducta sexual, es decir que la diversidad de motivos sexuales puede explicar la variabilidad del comportamiento sexual, de la misma manera que las formas de interacción afectiva tienen el poder de regularlo. Es decir, tanto las motivaciones sexuales físicas y emocionales, así como determinados factores interpersonales predicen la conducta sexual⁵⁵.

Es así que se hace fundamental explorar las situaciones que se presentan antes de una relación sexual para tener en cuenta cuales son las motivaciones o falta de motivaciones sexuales, así

como aquellos factores interpersonales que se encuentran en juego previos al acto sexual. A continuación se presentan dichas situaciones:

- Proposición y disposición

Nuestra exploración devela que en cuanto al aspecto de **proposición** para llevar a cabo una relación sexual, es por lo general el hombre quien busca el inicio de un encuentro sexual, tomando así una actitud mucho más activa en cuanto a su sexualidad en comparación con la mujer, quien en contadas ocasiones busca iniciar el encuentro sexual. A continuación se refleja lo mencionado:

“Llega él de día, ahí se encuentra mi bebe durmiendo, no hay nadie, ‘ya pué un rato,’ me dice. A veces cuando no estoy con ganas le digo que no quiero” (Elvira)

*“... él solamente se acerca a mi cuando el necesita algo o cuando un hombre tiene deseo”
(Margarita)*

Como se recalcó anteriormente, rara vez las mujeres mencionaron haber iniciado o propuesto el acto sexual. Además, Chritchlow mencionado por Rodríguez (2011), refiere que uno de los factores que merman la motivación sexual es la insatisfacción con la vida sexual debido a la falta de interés por parte de la pareja, esto haría menos probable que la persona se implique en prácticas sexuales⁵⁵ como lo muestra el testimonio de la señora Petronila a quien la falta de interés de parte de su pareja hacia sus gustos o intereses han anulado prácticamente su iniciativa para el encuentro sexual:

“Yo le digo ‘tú tienes que esperar que yo termine primero’ y él me dice ‘ya bueno la próxima’ y antes de que empiece yo le hago recordar...por eso yo digo que él es egoísta porque solo piensa en él... Hace un año... o sea le digo a veces en son de broma y ya pues él escucha no más...le digo unas cosas...me insinuaba a él, pero como que ya me cansé y ya muy poco a veces no le digo nada...” (Petronila)

Cabe resalta a Mariela Carmona (2011), quien señala que al percibir las claves de seducción de sus parejas, las mujeres pueden, en algunas ocasiones, sentirse seducidas y experimentar deseo; en otras, sin embargo, podrían estar cediendo ante el riesgo de mantener una sexualidad insatisfactoria que haga peligrar el bienestar de su relación. De esta manera se entiende a la

seducción como un ajuste de expectativa de la sexualidad, no siendo el deseo lo que se negocia sino otros elementos implicados en la relación de pareja⁵⁶. A continuación se aprecia lo relatado por las señoras Graciela e Irma que refleja las tácticas de seducción utilizadas por sus parejas para dar inicio a un encuentro sexual:

“A veces hay besos, caricias, pero a veces es rápido...” (Graciela)

“Cuando empecé a tener intimidad, a veces mi esposo me dice cosas pues, me habla así fuerte, así que yo le digo ‘ay’ le digo. Él sí, me dice, me habla cosas igual o sea dándome afecto así ‘te quiero’ o sea me dice ‘te amo’ así y él me dice que le diga lo mismo, y le digo, pero o sea no.”

(Irma)

En cuanto a la **disposición** previa al acto sexual que presenta la mujer, las participantes de este estudio mencionaron que la falta de comunicación y afecto en la relación de pareja merman su interés o motivación sexual de manera que al momento de una proposición de parte de sus parejas para tener intimidad ellas no muestran el mismo deseo o disposición, pero por lo general terminan aceptándolas. De la misma manera, Carmona (2011) concluye que cuando las necesidades de los miembros de la pareja son contradictorias, especialmente en el tema del deseo y de la disposición al encuentro sexual, las parejas generalmente responden con cierto desagrado, por lo que la mayor parte de las mujeres termina cediendo ante las demandas de los hombres⁵⁶. En el caso de las señoras Margarita y María se aprecia la discordancia en la disposición para iniciar el acto sexual debido a diferentes componentes que merman la calidad de la relación de pareja:

“No hay comprensión, no hay comunicación y bueno, si hacemos algo simplemente lo hacemos por hacer no!, no lo hacemos porque hay una confianza... si él se me acerca, de repente yo sí lo recibo no, pero no hay una cariño de por medio ya” (Margarita)

“A veces tu esposo ya llega al punto que ya, a veces uno por obligación tiene que hacer...y además estos últimos días hemos tenido así discusiones así que he estado resentida con él ¡hay no me molestes! le digo... Él me dice ¡discúlpame! yo le digo ¡de todos los días que tú me pides disculpas, no van a borrar las palabras que tú me dices, me quedan grabadas, me hieres!, le digo” (María)

Nuestros resultados nos muestran además que la mayoría de las entrevistadas, en ocasiones no tienen deseo y que de igual manera terminan aceptado para evitar problemas con la pareja. Desde esta misma lógica Carmona (2011), también mencionaba que ceder ante las demandas del otro es una alternativa de evitación del conflicto⁵⁶, como apreciamos a continuación en lo relatado por la señora Bertha:

“Él prefiere que me ponga un babydol o algo así, yo como que me avergüenzo o para no perder el encanto, la intimidad ¿sí? Yo a veces lo hago porque ya bueno para complacer a mi esposo y bueno para que no se moleste, pero mi esposo sí es una persona que cuántas parejas habrá tenido pues ¿sí?...a veces discutimos pues ¿no? A veces miento que me duele la cabeza, mi pareja me dice: estamos jóvenes, qué sería cuando estemos viejos. Si yo me pongo algo bonito es para él cuando él me lo pide y a veces hasta de mala gana me lo pongo” (Bertha)

- Discusión o diálogo

Nuestra exploración también nos muestra que algunas mujeres suelen discutir con sus parejas antes de un acto sexual por sentirse presionadas a complacer a su pareja en un momento en el que ellas se encuentran sin deseos de tener intimidad, como se puede apreciar en los testimonios de las señoras María e Irma a continuación:

“Como te digo a veces llego cansada, no quiero que me moleste mi esposo, ah!, no molestes, yo le digo, ay! no me molestes quiero descansar, no me molestes, así, así yo le boto...” (María)

“A veces ¿no? estaba comenzando a contar... ‘Y ni me estés tocando, ya te he dicho lo que me ha dicho la doctora’, le digo, ‘Ay no molestes’, me dice así, y ya estaba que me tocaba ‘no me molestes’...” (Irma)

Otros testimonios, por el contrario, expresan que antes de tener relaciones sexuales suelen conversar cómodamente con su pareja. Esta conversación es en relación a los sentimientos hacia la mujer o temas relacionados a los asuntos del hogar. En algunas ocasiones va acompañada de juegos, bromas y risas encontrando en la conversación un buen inicio para comenzar una intimidad como se devela en los testimonios de las señoras Antonela y Soraya:

“O cuando hay un momento en que estamos conversando muy bien... A veces nosotros solamente estamos en el cuarto solos por decir a veces como toda pareja con problemas, deudas viendo esas cositas conversamos” (Antonela)

“Sí conversamos, hay respeto mutuo, jugamos, bromeamos en esa parte” (Soraya)

- Búsqueda de intimidad o privacidad

Por último, la búsqueda de intimidad es otra de las condiciones tomadas en cuenta previas a una relación sexual que como ya lo sugería Jackson, mencionado por García (2011), el deseo sexual por sí mismo no produce una conducta sexual, ya que es necesario que la persona con base a su experiencia de vida, al contexto relacional y a las prescripciones socioculturales, defina cierta situación como aquella en la que el comportamiento sexual es potencialmente viable y apropiado⁵⁵. En efecto y acorde con lo mencionado por Jackson, las mujeres entrevistadas refirieron buscar en compañía de sus parejas el momento adecuado para mantener sus relaciones sexuales:

*“Buscamos un momento adecuado, un momento que nosotros podamos estar solos”
(Margarita)*

“... aunque tiene que ser rápido porque si no los bebés se despiertan, o me tocan la puerta y así no se puede” (Lila)

“En el día... porque de noche no podemos, dormimos con mi bebe no se puede, de ahí mi bebe en su coche duerme y mi esposo me dice...No hay nadie porque mi hermana trabaja, chicos están en el colegio” (Elvira)

Sin embargo, en la mayoría de los casos, es la mujer la que da más importancia a la búsqueda de privacidad, en comparación con el hombre. Lo mencionado se muestra claramente en los testimonios de las señoras María y Graciela:

*“Así es donde yo vivo y no puedes tener privacidad porque tus hijas están ahí también, a veces como mi hija esta mayorcita , a veces se dan cuenta, ella ve, de repente uno puede decir que no, por eso le digo a mi esposo ‘que tienes, tu no respetas a tus hijas, tienes que respetar a tu hija’ ”
(María)*

“Es a veces un poco incómodo, porque se escucha cuando la otra pareja tiene relaciones y yo digo si nosotros tenemos de repente ellos también escuchan pues y eso a veces me incómoda...bueno de parte de él sí, él habla así no, yo me quedo cayada a veces, más reservada por la vergüenza de los vecinos, como te digo” (Graciela)

3.2 Acto sexual propiamente dicho

- **Fases de la Respuesta Sexual**

- ✓ **Deseo**

El deseo es el estado mental creado por estímulos externos e internos que induce una necesidad o voluntad de tomar parte en la actividad sexual, originadas por raíces biológicas (hormonas) motivacionales (relacionadas a la intimidad, placer, relación de pareja) y cognitivas (riesgo, deseo). Al verse alterada esta fase podemos encontrar dos tipos de disfunción sexual: deseo sexual hipoactivo y trastorno por aversión al sexo³.

El deseo sexual disminuido se define como la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual³. De nuestra exploración se encontró que la mayoría de las mujeres entrevistadas presentaron alteraciones en la fase del deseo sexual, caracterizándose esta fase por carecer de interés sexual, ausencia de fantasías o por la disminución de esta en el tiempo. De los relatos de las señoras Bertha, Juanita y Marcía se reflejan, respectivamente, las características ya mencionadas:

“A veces pasa desnudo por mi lado y ni siquiera no me da ganas de arrinconarlo... no sé debo estar loca, pero no lo deseo. A veces a mi hermana yo le cuento y me dice ¡qué! ¿Tú no lo quieres? no tengo ese apetito de querer acostarme con mi esposo” (Bertha)

*“Sí, de la forma que ya no me acerco mucho a mi pareja, no me llama la atención. Ahora estoy más con mi hija que verlo a él. Llevo dos años y medio así. Hay ratos en que me aburro...”
(Juanita)*

En la literatura se describe una serie de **subtipos** para señalar el inicio, el contexto y los factores etiológicos que se asocian con los trastornos sexuales. Es así que para señalar **el inicio** de una alteración sexual se utilizan dos subtipos: de toda la vida y el adquirido³. En nuestra exploración

se develo que en general las mujeres presentaron la alteración en la fase del deseo sexual después de un periodo de actividad sexual normal, es decir, esta es adquirida. A continuación de los testimonios de las señoras Lupe, Cecilia y Marcia se puede ilustrar este subtipo ya que debido a factores interpersonales (relación de pareja) y contextuales principalmente se ha producido en ellas una disminución persistente y recurrente del deseo sexual:

“Antes sí, cuando yo recién vine acá, era casi un día para otro, bien en la mañana o en la noche, siempre quería hartito, pero de ahí cuando yo ya salí en estado ya no tanto, a veces llegamos cansados” (Lupe)

“Que me he vuelto fría, no tengo ganas de estar con él, o a veces cuando él me busca, quiere estar conmigo y yo le rechazo” (Cecilia)

“Como que ya, lo que había antes, ese deseo ha disminuido. Eso hace tres a cuatro años... yo estaba tranquila, estaba feliz, cuando yo buscaba, a partir de los problemas que se fueron cargando ya como que cambio todo!” (Marcia)

Jackson, mencionado por García y Díaz Loving (2011), señala que para poder elicitar el deseo sexual, los **estímulos** requieren que el individuo les atribuya un significado sexual, es decir, por sí mismos los estímulos no constituyen motivadores del comportamiento sexual ya que más allá del impulso sexual biológico, las personas experimentan deseo sexual como producto de la interrelación entre factores ambientales (externos) y psicológicos (internos), que se conjuntan⁵⁵.

Asimismo, Dennerstein y cols. mencionados por López Olmos (2008), refieren que la libido se ve afectada más por los sentimientos hacia la pareja que por las hormonas⁸. En relación a esto, García y Díaz Loving (2011) y en cuanto a los factores interpersonales, mencionaron al amor consumado, definido este como amor amistoso y erótico, como un predictor de la conducta sexual y encontrando entre estas dos variables una correlación positiva, es decir, que a mayor amor consumado mayor será el contacto físico⁵⁵. De la exploración se develó lo mencionado por estos autores, es decir, la condición emocional enmarcada en las relaciones sexuales influye en el deseo sexual de la mujer, específicamente en su motivación sexual, a continuación el relato de la señora Soraya nos refleja lo mencionado:

“Sino que no tenía esas ganas ¿no?, me decía ‘te hago así y no, nada’... le digo ‘no quiero, no quiero’ y él simplemente aceptaba ‘ya, está bien, pero por qué, qué te hice, yo no te he hecho nada’. Sí me disminuyó eso yo al tener relaciones con mi esposo” (Soraya)

Por otra parte, cabe señalar que una minoría de las mujeres entrevistadas refirió carecer de deseo sexual desde siempre, ya que incluso con parejas sexuales anteriores presentaban la misma condición. Es decir, estos casos representan un inicio de la alteración sexual del subtipo de toda la vida, como se ilustra a continuación en el testimonio de la señora Irma:

“No sé no tengo ganas, siempre yo he sido así, o sea desde un principio te digo me ha pasado desde que he tenido enamorado de que no me ha gustado no sé no me ha salido (nacido) y en las relaciones sexuales también igual ¿no?, como que me da igual ¿no? Nunca lo he hecho o sea ay no sé, me siento incómoda o sea mal. O sea como te digo no tengo ese interés como a veces lo...para que...” (Irma)

Entre otro de los subtipos se encuentran aquellos que indican **el contexto** en el que aparece el trastorno sexual siendo estos: General, que no se limita a ciertas clases de estímulos, de situaciones o de compañeros y el situacional que se limita a ciertas clases de estímulos, de situaciones o de compañeros³. De los relatos queda develado que las alteraciones en el deseo sexual de las entrevistadas en su mayoría son debidos al subtipo situacional. A continuación en el testimonio de Graciela se refleja este subtipo, en el caso de ella la falta de privacidad permanente, altera su respuesta sexual:

“Como no puedo expresarme en ese momento porque me pueden escuchar...No me da muchas ganas... por incomodidad. Cuando sé que están ahí al costadito ya no tengo ganas de tener relaciones” (Graciela)

Según Castroviejo (2010), las personas con deseo sexual disminuido no inician casi nunca la relación sexual y solo lo aceptan o la llevan a cabo a regañadientes cuando es la pareja quien lo decide³. Los testimonios de las señoras Irma y Bertha nos ilustra lo dicho:

“Ni me estás tocando le digo ya te he dicho lo que me ha dicho la doctora ‘hay no molestes’ me dice así y me tocaba no me molestes y ahí me quedé dormida, a veces si así de broma ahí ya que me queda yo apúrate y se ríe” (Irma)

“Pero eso de que yo tenga apetito no, pero si él empieza tal vez sí me dejo llevar” (Bertha)

Castroviejo también señala, que en el deseo sexual hipoactivo existe una reducción de la frustración cuando se prive de estos individuos de la oportunidad de una relación sexual³. En relación a lo señalado por este autor, de nuestra exploración se encontró que aquellas con deseo sexual hipoactivo refirieron sentir cierta tranquilidad ante la ausencia de relaciones sexuales. A continuación, esto se ve reflejado en el testimonio de la señora Juanita:

“Hay ratos en que me siento tranquila cuando no tengo relaciones, me aburre” (Juanita)

Menciona además, que la falta de deseo sexual puede ser la consecuencia del malestar emocional producido por las alteraciones de la excitación y el orgasmo³. Sin embargo, existen individuos con deseo sexual reducido que conservan la capacidad de experimentar una excitación y un orgasmo normales en respuesta a la estimulación sexual. Una explicación a esto sería que las diferentes fases de la respuesta sexual interactúan y se refuerzan o inhiben recíprocamente³.

De nuestra exploración se concluye que efectivamente como lo mencionaba Castroviejo, de las mujeres que presentaron disminución en su deseo sexual poco más de la mitad de ellas conservan la capacidad de experimentar orgasmo, sin embargo esta capacidad la calificamos como: “algunas veces” o “de forma eventual”. Nuestra exploración devela que la disminución del deseo sexual sería debido principalmente a una falta de motivación sexual por el deterioro en la calidad de la relación de pareja, nuevos roles que priman como el ser madre, debido a factores contextuales, como la falta de privacidad o por la insatisfacción sexual ante una pareja poco complaciente. Además de estos factores, la presencia de dolor durante el coito contribuye también a la disminución del deseo sexual debido al temor que este representa para la mujer al inicio o durante el acto sexual en diversas intensidades pero sin sobrepasar lo moderado.

Por otra parte, según los testimonios, se observó que la capacidad de excitación de una parte de las mujeres que expresaron una disminución en su deseo sexual se mostró también disminuida en su calidad.

✓ **Excitación**

Esta fase se caracteriza por ser un estado de sentimientos específicos y alteraciones fisiológicas que habitualmente se asocia a una actividad sexual en la que intervienen los genitales. Consta de mecanismos centrales: activación de pensamientos, sueños y fantasías; mecanismos periféricos no genitales, como la salivación, el sudor erección de pezones; y mecanismos genitales, como son la vasodilatación de labios y vagina así como la lubricación. Teniendo en cuenta lo dicho, una alteración de estas características apuntaría a un trastorno en esta fase sexual³. Sin embargo, Castroviejo, resalta la incapacidad, persistente o recurrente para obtener o mantener la respuesta de lubricación hasta la terminación de la relación como característica esencial del trastorno de la excitación sexual³. De lo explorado se encontró que menos de la mitad de las mujeres presentó alteración en esta fase de la respuesta sexual:

“No, no me excita, no lo sé...a veces” (Lila)

“No me excito cuando me acaricia, porque, no este...!” (Margarita)

“Desde que ha nacido mi bebe, he bajado yo ¿no? No tanta excitación” (Elvira)

Sánchez y cols. (2007), concluyeron que en comparación con un grupo de mujeres sin disfunción sexual, se encontró un monto de ansiedad rasgo y estado significativamente mayor y por encima del punto de corte en el grupo que presenta trastorno de la excitación sexual, siendo más fuerte la significancia en el factor ansiedad rasgo que es aquella que mide las diferencias individuales de la propensión a la ansiedad teniendo una tendencia a ver el mundo como peligroso¹³.

De los testimonios de las mujeres resalta una falta de excitación subjetiva así como una ausencia o muy poca lubricación durante el acto sexual:

“No me excito cuando me acaricia, porque, no este!... bueno, eso es una misma reacción del cuerpo que se da” (Margarita)

Por otro lado, de la exploración se observó que la falta de excitación en la mujer genera en la pareja cierta frustración y por otro lado el intento de hacer sentir a la mujer como se puede ver reflejado en los siguientes relatos:

“Yo no tengo excitación, no me excito, a veces él me dice ‘¿por qué eres así? ¿De qué forma te puedo excitar?’ ¿No? Él me acaricia, me besa, pero me dice ‘veo que tú no sientes’ no te excitas. Me siento bien cuando él me besa pero no me llega a excitar. Pero al momento que él penetra sí lubrico, pero antes no” (Cecilia)

“Al comienzo no me excito pero después ya, pero generalmente no. Yo le digo: por más que me beses los dedos del pie, me beses en la pierna, yo no siento, al contrario, me molesta, en cambio cuando yo le beso el cuello está: ay, ay, pero yo no, ¡ay qué mujer tan rara! me dice. No es egoísta, me trata de ayudar” (Soraya)

Por otra parte, muchas veces la pareja deja de lado el juego sexual previo al acto sexual y busca de entrada el coito. Es decir, pocas veces dedica un tiempo para brindar besos, caricias u otro tipo de estímulos a la mujer que generen en ella esa descarga de sensaciones agradables y satisfactorias. A continuación de los relatos se puede observar la falta de excitación del hombre hacia la mujer:

“Bueno, él lo hace así no más apurado...” (Lupe)

“No hay caricias, besos...ujum él va de frente, por ratos es cariñoso, pero por ratos también es seco...” (Margarita)

✓ **Orgasmo**

Es un estado de alteración de la conciencia asociado a una estimulación sensitiva fundamentalmente genital. Al ser esta estimulación suficiente, el orgasmo se expresa fisiológicamente con contracciones del suelo pélvico, del músculo liso uterino y vaginal principalmente, así como también una sensación placentera máxima en la persona³. Algunos autores lo mencionan como la parte culminante del placer sexual⁵⁷. Una alteración femenina en esta fase está caracterizada esencialmente por la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal, siendo el tipo e intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo ampliamente variable de una mujer a otra³. Este concepto se ilustra en el relato de las señoras Lila y Elvira a continuación:

“No!, no nunca he sentido orgasmos, de repente es la capacidad de una mujer, de repente alguna mujer sentirá el orgasmo más rápido y otras no..! (Lila)

“Prácticamente, yo hago una vez al mes así. En las últimas relaciones sexuales que he tenido, no lo he sentido” (Elvira)

Según el subtipo que indica el inicio del trastorno³, en relación al orgasmo, la mayoría de las entrevistadas presentó una anorgasmia adquirida, es decir, que en algún momento de sus vidas tuvieron una fase orgásmica normal y que por diferentes causas o circunstancias esa capacidad ha disminuido o cambiado en el tiempo; y muy pocas mujeres presentaron una anorgasmia de toda la vida ya que también hubo mujeres que mencionaron no haber experimentado orgasmos en ningún momento de sus vidas. Cabe resaltar que solo una de las entrevistadas mencionó tener orgasmos sin ningún problema. A continuación los relatos de las señoras Lupe y Ofelia reflejan una anorgasmia de toda la vida y una capacidad orgásmica sin problemas, respectivamente:

“Bueno, él lo hace así no más apurado y... nada, y también lo único que yo quiero es que él se vacee, porque en realidad yo no me puedo vacear y él sí, bueno yo soy bien seca y con mi pareja anterior tampoco no me podía vacear” (Lupe)

“En todas las relaciones sexuales tengo orgasmo...” (Ofelia)

Sin embargo, algunas mujeres no tenían claro lo que significaba experimentar un orgasmo:

“Es menos de lo normal...pero yo no, yo no llego....me parece que el orgasmo es cuando disfrutas demasiado... ¿o no?... ¿explíquenme ustedes?...” (Graciela)

En cuanto a la frecuencia con que se tiene orgasmos algunas mujeres consideran que lo normal es que no siempre se consiga llegar al orgasmo en todo acto sexual:

“No creo que en todas las relaciones deba llegar al orgasmo” (Juanita)

Cuando se hace referencia a si hay comunicación durante el acto sexual para mostrar al otro sobre lo que les gusta o sienten, de la exploración se observó, que con frecuencia las mujeres son muy tímidas o les incomoda solicitar el tipo de estimulación que mejor les funciona contribuyendo esta situación a la presencia de este trastorno:

“Bueno de parte de él sí, él habla así no, yo me quedo cayada a veces, mas reservada por la vergüenza” (Graciela)

Un estudio realizado por Alcántara (2004), concluye que a las mujeres con disfunción sexual les preocupa con frecuencia obtener un orgasmo producido por el pene de su compañero y les es difícil asimilar que el pene no sea el “detonante” del mismo⁵⁷. En relación a esto las mujeres de este estudio hacen mención si consiguen orgasmo o no relacionándolo al coito y no consideran otras formas de llegar al orgasmo porque ignoran la infinita posibilidad del erotismo humano. En relación a otras formas por las cuales la mujer podría llegar al orgasmo, la mayoría de las mujeres entrevistadas consideran a la masturbación como una situación mucho más frecuente en varones que en mujeres y que en el caso de estas últimas lo perciben como un acto inapropiado:

“¿La masturbación?...bueno más he escuchado que los hombres... en las mujeres no debería de ser” (Lupe)

“Bueno me parece que está mal porque hace trabajar más al cerebro” (Petronila)

“Bueno...ummm...yo estoy en contra de eso, bueno yo pienso a si uno tiene pareja para que masturbarse, en el caso de la mujer no estoy de acuerdo tampoco” (Graciela)

Por otro lado, un estudio realizado por Acuña y cols. (2008), concluye que las mujeres en las tres últimas generaciones han aprendido cada vez más sobre su sexualidad, sobre la exploración de sus cuerpos y han adquirido más experiencia, lo cual se refleja en una mayor capacidad orgásmica⁵⁸. Sin embargo cabe resaltar que de las entrevistadas, muy pocas reflejaron presentar un empoderamiento de su vida sexual:

“Le interesa satisfacerse él, prácticamente, así que yo misma busco llegar y él por su lado también” (Marcia)

Blumel y cols. (2004), concluyeron en un estudio realizado en mujeres chilenas que edades menores a 40 años, un mejor nivel educativo (que involucraba para estos autores contar con más de doce años de estudio) y tener pareja estable son factores que disminuyen el riesgo de presentar disfunción sexual femenina. En cuanto a las alteraciones orgásmicas encontraron que mujeres con menor educación tenían más fallas orgásmica⁵⁹. De nuestra exploración se pudo

observar que las entrevistadas que presentaron una alteración en la fase orgásmica contaban como mínimo con secundaria completa. Lo cual nos hace pensar que los años de estudio no garantiza la calidad de la educación sexual. Es así que de la exploración se observó que la mayoría de las mujeres recibieron una insuficiente educación sexual en los centros educativos donde estudiaron.

Por otro lado, del relato de las mujeres, también se aprecia que la mayoría resalta el hecho de que se demoran más o les resulta mucho más difícil llegar al orgasmo que sus parejas y que ellos llegan mucho más rápido al orgasmo con la consecuente detumescencia peniana e interrupción de la actividad sexual coital, lo cual priva a las mujeres del tiempo y estímulos necesarios para alcanzar el orgasmo:

“Este no!... A veces no! , a veces no, a veces el hombre, a menos él no yo veo que este así... fum!, lo hace rápido y ya... una mujer se demora, creo yo, cuando apenas estoy sintiendo algo ahí el acaba...” (Lila)

“Pero mayormente es él ¿sí? el que llega, me demoro bastante pues pero mi esposo llega, no tan rápido ¿sí? y cuando él llega ya pues, yo estoy empezando recién y él ya acabó luego duerme” (Bertha)

“...él te digo termina más rápido que la mujer y a veces es así, él sí llega al orgasmo, a veces no llego al orgasmo” (Antonela)

Por otro lado, en la mayoría de los casos el varón busca su satisfacción sexual y no indaga o toma interés en la satisfacción de la mujer:

“Son cortas... él termina rápido...porque yo le digo "tú tienes que esperar que yo termine primero" y él me dice" ya bueno, la próxima" (Petronila)

En pocas ocasiones el hombre intenta ayudar a la mujer a conseguir el orgasmo, a pesar de esto se crea en ella cierta frustración o pierde las ganas al no poder conseguir prontamente el orgasmo como si sucede con la pareja:

“Él me quiere ayudar pero a veces no es fácil” (Bertha)

“A veces le viene rápido, a veces, ya pues a veces me dice ‘ya entonces hay que hacerlo otra vez’ me dice, a veces ya me pasa las ganas ya” (María)

También se develó de la exploración que la situación de tener pocos orgasmos, algunas veces crea sentimientos de malestar, en otros casos les es indiferente o no le dan mucha importancia, es más algunas mujeres refieren que si por ellas fuera no tendrían relaciones sexuales porque prefieren hacer otro tipo de actividades en pareja o familia. A continuación se refleja como a la mujer le es indiferente el hecho de poder experimentar un orgasmo:

“A veces llego al orgasmo, a veces solamente llega él, como él ya llegó, de ahí sigo yo, ya no puedo continuar, pero no me molesto por eso” (Bertha)

✓ **Asociados a dolor**

Cabe resaltar que en los trastornos sexuales por dolor podemos encontrar dos tipos de disfunción: dispareunia y vaginismo³. La dispareunia es el dolor genital recurrente o persistente que se produce durante el coito, pudiendo aparecer antes o después de la relación sexual^{3,25}. Por otro lado, toda mujer tiene dispareunia ocasional en algún momento de su vida³. Si sólo es en la intromisión y no interfiere en el deseo, la receptividad, orgasmo o las relaciones interpersonales no se considera dispareunia³.

De la exploración se encontró que cuando el dolor aparece al inicio de la vida sexual puede generar en la mujer un temor a posteriores encuentros sexuales:

“Me daba miedo y justamente cuando empecé a tener con mi esposo sentía dolor y me daba miedo...” (Fiorela)

De la exploración, se develó también que la presentación de dispareunia fue principalmente al inicio de la penetración y poco frecuente durante la penetración y ningún caso que se presentara después de la misma:

*“El temor es iniciar la relación sexual, a veces por el dolor que siento al momento de iniciar...”
(Cecilia)*

En cuanto a la intensidad del dolor se develó que este comprende desde una sensación leve que permite continuar con el acto sexual (presentada en la mayoría de los casos) hasta una, marcada que impide retomar las relaciones sexuales en el momento que se llevan a cabo. A continuación se refleja cómo la intensidad del dolor interfiere con la receptividad de la mujer:

“A veces así él quiere, sino que a veces yo no puedo porque a veces me duele” (Lupe)

De los testimonios de las mujeres se develó que el dolor genital experimentado durante el coito se asoció a evitación de las relaciones sexuales, su alteración o limitación a posibles nuevas relaciones sexuales. Por otro lado, la dispareunia priva a la mujer de necesitar y disfrutar la penetración para sentirse satisfecha sexualmente:

“No necesito de la penetración para estar satisfecha” (Cecilia)

En cuanto al curso de la dispareunia en la vida sexual, se encontró que esta puede llegar a ser crónica y que según lo descrito por Castroviejo (2010), esto sería por la poca información que tiene la mujer sobre la función sexual normal³:

“Yo a veces, me duele cuando él penetra. Sí, esto hace tres o cuatro años, antes no, con la segunda hija empezó todo. En estos últimos días sí poco, no sé pues cuál es el problema... Miedo al dolor...” (Cecilia)

Por otro lado, de la exploración se develó que entre las ideas que tienen las mujeres sobre a qué se pueda deber su padecimiento están el atribuir la presencia de este dolor a algunas prácticas sexuales en específico, en otras ocasiones pensar que es generado por la brusquedad de la pareja durante la penetración. En cuanto a esto, López Olmos (2008) mencionaba que cuando la paciente se hace atribuciones causales de su enfermedad se autoincrimina, luego se deprime y esto la lleva al dolor, por lo que hay relación entre el dolor, el afecto y la conducta⁸. En relación a la brusquedad del coito, el mismo autor al estudiar las causas de dispareunia, reveló que existe un gran componente psicológico y psicosexual, donde entran a tallar los conflictos de poder (penetración brusca y sin preparación), los cuales explican muchas veces el problema⁸. A continuación se ilustran algunas causas que la mujer le atribuye a la dispareunia y cómo algunas de estas guardan relación con los conflictos de poder e inadecuada estimulación de parte de la pareja:

“Tranquilo, yo normal, no hago nada así que me cause dolor” (Juanita)

“...cuando mi esposo a veces ¿no?, a veces ¿no? medio brusco, no sé, un dolorcito que es a un costado, a veces este cuando está un poco medio, medio tosco y eso no me gusta a mí, es cuando ingresa todo ,no ,no es por lo general” (María)

Asimismo, para López Olmos otra de las causas psicológicas que le atribuye a la dispareunia es el conflicto de pareja (marido infiel o desconsiderado) pues refiere que el dolor está en el cuerpo, en la cabeza y en la relación de la paciente con el otro, siendo el dolor síntoma de malestar por miedos diversos, rechazo al otro, miedo a la sexualidad, además de la relación extraconyugal, etc⁸. Según lo mencionado, se encontró de la exploración que la mayoría de las mujeres con dispareunia presentaron problemas en la dinámica de pareja, en algunos casos generados por antecedente de infidelidad de parte del varón y que siempre salen a relucir a manera de conflictos en la vida cotidiana, en otras ocasiones por la falta de interés o desinterés del hombre por la relación de pareja y que conlleva al malestar de la mujer, en otros casos por constantes malos tratos a nivel psicológico y verbal de parte de la pareja. También se observó la falta de confianza de la mujer en el hombre y conflictos por diferencia de caracteres. Otros autores abarcan un poco más y hablan de causas psicológicas del dolor coital relacionadas a los problemas *intrapersonales* (imposibilidad de aceptar el propio cuerpo, hostilidad, depresión), problemas *interpersonales* (abuso sexual, juegos preliminares e inexperiencia) y *socioculturales*, como las normas sexuales, educación sexual y falta de habilidades eróticas^{3,17}. De la exploración se encontró que las causas relacionadas al dolor sexual presentado por las mujeres están relacionadas principalmente a factores de tipo interpersonales.

Por otro lado, de la literatura se observa que antecedentes de violencia sexual están asociados con este tipo de trastornos. Un estudio observó que las mujeres que experimentaron violencia sexual durante la niñez y aquellas que fueron violentadas por diferentes perpetradores en diferentes etapas de su vida fueron más proclives a reportar dispareunia⁹. Sin embargo, en los relatos de Elvira y Graciela, quienes fueron víctimas de violencia sexual, no se reportó este problema, tal vez por la existencia de indicadores protectores de dispareunia como lo son las respuestas conductuales asertivas, apertura en la comunicación familiar y con la pareja, entre otros:

“Mi papá era medio malo...después de dos años así me empezó a abusar... Ahorita no siento ningún temor durante las relaciones sexuales. Ya me siento más cariño con él también (su pareja)...llega, a lo menos me saluda con beso...” (Elvira)

“Sí cuando era niña abusaron de mí, cuando tenía cuatro años creo, de ahí como que me agarro un poco de temor a los varones, fue una persona ajena, eso me afectó cuando tenía 18 años tenía tristeza o cuando me acordaba, lloraba ... Tenía un poco de temor cuando trabajaba en algún lugar hasta mi propio papa le temía, me corría de ellos...con mi pareja superé eso, como él es una persona alegre, conversalona, se buscó mi amistad y fue diferente... y comencé a ir a la iglesia y ahora ya no soy así...” (Graciela)

Entre otro de los factores asociados a dolor sexual, Sánchez y cols. (2010), encontraron que las mujeres con dispareunia presentan una disminución en las características de masculinidad, en los niveles de autoestima, así como incremento en las características de sumisión¹⁵, características asociadas anteriormente por Sánchez y Cols. (2007) al vaginismo además de los relacionados con temores a la sexualidad, pobre información sexual y problemas conyugales¹³. Otros estudios encontraron que las mujeres trabajadoras mostraron un mayor riesgo de dispareunia en comparación con mujeres que se encontraban en el hogar⁹. Esto último, concuerda con la mitad de mujeres que manifestaron tener dispareunia en nuestro estudio.

Todo lo expuesto nos hacen pensar que es la combinación de elementos específicos que se presentan de manera cotidiana en la vida de la mujer lo que implica un mayor o menor riesgo para desarrollar estas disfunciones así como la capacidad de afrontamiento de la mujer y no la mera presencia de uno u otro factor.

- **Características de las Relaciones Sexuales**

- ✓ Duración

De nuestra exploración, en cuanto al tiempo que dura un acto sexual se pudo observar que en general las mujeres refieren tener relaciones sexuales que califican como cortas y rápida. En los testimonios de las señoras Margarita y Lila se puede ilustrar lo mencionado:

“No hay caricias, besos...ujum!, él va de frente, por ratos es cariñoso, pero por ratos también es seco, o sea, solamente se va a lo que es un encuentro sexual” (Margarita)

“Este no!.. A veces no! , A veces no, a veces el hombre, a menos él no yo veo que este así... fum!, lo hace rápido y ya... una mujer se demora, creo yo, cuando apenas estoy sintiendo algo ahí el acaba...” (Lila)

Las relaciones sexuales son cortas o rápidas dependiendo en su mayoría, del tiempo que le lleva al hombre sentir orgasmo. Del relato de las señoras Lupe y Petronila se observa como el tiempo dedicado al acto sexual gira principalmente alrededor de la satisfacción del hombre:

“Bueno él lo hace así no más apurado y lo único que yo quiero es que él se vacee... quince minutos creo se demora, yo tomaba a veces la hora que tiempo se demoraba” (Lupe)
“Son cortas... él termina rápido...porque yo le digo ‘tú tienes que esperar que yo termine primero’ y él me dice ‘ya bueno, la próxima’” (Petronila)

Por otro lado, las mujeres también refieren dejarse llevar por la pareja cuando ello ocurre a pesar de sentir en muchas ocasiones malestar o disgusto como se ilustra en el relato de la señora Graciela a continuación:

“A veces es rápido y eso es lo que a mí no me gusta...del cien por ciento, el sesenta por ciento será pues que busca los besos, las caricias, pero el cuarenta por ciento no, ya rápido no más, ya yo le sigo la corriente, no más ya” (Graciela)

En pocas ocasiones suelen tener relaciones sexuales que no sean calificadas por ellas como “apuradas” o “rápidas”. Por el contrario cuando la pareja toma el tiempo necesario para estimularlas y mostrarles afecto o amor ellas refieren que es cuando se brinda un tiempo adecuado al acto sexual. En el relato de la señora María podemos observar lo mencionado:

“A veces mis relaciones son cortas, a veces son largas, cuando ambos sienten algo en ese momento, te dan ganas de hacer los dos, ahí es donde dura la relación no, te acaricia y ese momento cuando están los dos bien conectados a esa relación, para tener sexo, es lo que dura el hacer el sexo, pero cuando uno no está con ganas de hacer y el otro está con ganas dura poco, ahí el hombre vota primero, un rato no más, pero cuando están ambos ahí dura... porque a veces sí, siento esa excitación que yo tengo pues no...” (María)

Por otro lado, el tiempo que se toma para tener relaciones sexuales no ha sido siempre el mismo desde el inicio de la relación de pareja, pues las mujeres refieren que al inicio de estas se tomaban su tiempo y que debido a diversos motivos ha ido disminuyendo el tiempo que se dedica a la intimidad en pareja. En el relato de la señora Lila se puede ilustrar como con el transcurrir de los años de relación, el tiempo que se le dedica al acto sexual ha ido disminuyendo:

“Cuando éramos enamorados sí, estar así de pareja, pues también estábamos solos, tomábamos nuestro tiempo y después de hacerlo nos quedábamos dormidos, conversábamos viendo la tele, nos tomábamos nuestro tiempo, antes y después, seguíamos compartiendo juntos pero ahora nada pues, tiene que ser rápido, porque si no la bebe se despierta y así no se puede” (Lila)

Si bien es cierto, de la exploración se develo que el tiempo en el que se llevan a cabo las relaciones sexuales no determina la calidad de la satisfacción sexual en la mujer, este es importante y crucial para que ella pueda llegar al orgasmo, ya que la mujer refiere que le lleva más tiempo lograr un orgasmo en comparación con su pareja quienes muchas veces no la estimulan adecuadamente y por ende la mujer requiere un mayor tiempo.

✓ Frecuencia de las relaciones sexuales

De nuestra exploración se observó que la frecuencia de las relaciones sexuales comprende desde casi a diario, una, dos, tres veces por semana hasta una o dos veces al mes, pasando muchas veces este tiempo. De los siguientes testimonios de las mujeres podemos ilustrar la frecuencia de las relaciones sexuales:

“Ay! no a mi esposo le gusta tener relaciones casi a diario...Yo le conté hasta a la doctora... ¿es diario?... eso a mí me incomoda pues ¿no?” (Irma)

“Podemos tener relaciones sexuales una, dos o tres veces por semana, no es diario, no es constante” (Antonela)

“Yo bueno una vez a la semana, a veces a la quincena una vez” (Fiorela)

“Una vez a la semana...ahora menos” (Marcia)

“O sea nosotros estamos casi una vez al mes a veces pasa de un mes” (Petronila)

Según la Guía de buena práctica clínica en disfunción sexual, el promedio de la frecuencia de relaciones sexuales se ubica en al menos una vez a la semana lo cual refleja ligera insatisfacción sexual¹⁷. En Arango de montis, Schiavi aceptó que menos de una relación sexual cada dos semanas, en personas de 55 años o menores, puede ser un parámetro de deseo sexual hipo activo²². Por otro lado, Cañones refiere que conviene recordar que no toda disminución del

deseo sexual se traduce una situación patológica: una de cada tres parejas estables no mantiene relaciones sexuales más de una vez al mes y en la mayoría de los casos esto no implica ningún tipo de sufrimiento³.

Los conflictos no resueltos, la pérdida del amor por el cónyuge, la distancia emocional, generan una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales⁶⁰. Los estados emocionales negativos, sobre todo depresión y ansiedad, generan un decremento de la frecuencia y la calidad de las relaciones sexuales de la pareja⁶⁰. En cuanto a lo referido por el estudio mencionado, de nuestra exploración se observó que esta disminución además de cursar con las situaciones mencionadas anteriormente, cursan también con el cansancio generado por el trabajo fuera de casa de ambos miembros de la pareja o de uno de ellos y de las actividades realizadas por la mujer dentro del hogar como ama de casa y en su función de madre. A continuación el testimonio la señora Lupe nos refleja lo mencionado:

“A veces llegamos cansados, yo llego ya a las diez, once de la noche a dormir y nos levantamos temprano al otro día a las seis de la mañana...” (Lupe)

Por otro lado, Moral De la Rubia (2010), en un estudio realizado en España, concluyó que la satisfacción sexual está asociada con relaciones sexuales de calidad, independientemente de la frecuencia del acto sexual⁶¹. Los siguientes discursos constatan lo mencionado:

“Es mejor la calidad de las relaciones sexuales” (Ofelia)

“No sé, normal, tener sexo con tu pareja, no todos los días ¿no?” (Fiorela)

Por otro lado, Moral menciona que el mayor nivel de depresión y más tiempo de casados predicen baja frecuencia de relaciones sexuales⁶¹. El 2011, en otro estudio realizado por Moral en México indicó que las mujeres tienen relaciones sexuales con mayor frecuencia cuanto menos tiempo llevan casadas y más ajuste diádico reportan, por otro lado, en el caso de los hombres reportó que hay mayor frecuencia de relaciones cuanto menos tiempo llevan casados y más valoran la relación. Así la frecuencia de relaciones sexuales va a decaer con los años de matrimonio, pero mucho más rápido si hay insatisfacción marital⁶⁰. El relato de la señora Marcía nos ilustra lo mencionado anteriormente:

“Siempre es así, mayormente es así...o sea al principio de la relación sí, era mutuo, o sea, yo le fastidiaba, pero conforme los años, tengo nueve años con él, ahora es él, o sea yo no lo busco...ahora yo no lo busco, mayor es él, él es el que busca” (Marcia)

Por otro lado, en aquellos casos en el cual la pareja se muestra muy demandante en cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales, la mujer se muestra incómoda. Respecto a esto Kamei (2005) y Castroviejo (2012) refieren que la disminución del deseo sexual de un miembro de la pareja puede reflejar el aumento excesivo del deseo sexual del otro miembro^{10,3}. En el caso de la señora Irma se refleja lo mencionado:

“...tenía acá una vecina me comentaba ella es menor de mí, joven se acompañaron con él, ellos tienen problemas y decía que sus relaciones sexuales eran al mes porque siempre paraban peleando y ‘debe ser eso’, yo le decía, porque mayormente el hombre se satisface teniendo relaciones sexuales ‘de repente es por eso’, ‘no sé’ me dice. No siempre. Porque yo le comentaba ‘ay no, a mi esposo le gusta tener relaciones sexuales casi a diario’, yo le digo” (Irma)

- Percepción de la mujer sobre la relación sexual

En cuanto a la percepción que tienen las mujeres sobre sus relaciones sexuales podemos mencionar que una parte de ellas las califican como a veces insatisfactorias y en otras ocasiones satisfactorias, otro grupo menor las califica como generalmente insatisfactorias y un grupo mucho más reducido como satisfactorias. A continuación de los relatos de las señoras Petronila, Lila y Marcia ilustramos las situaciones mencionadas:

“A veces que sí, los dos terminamos satisfechos a veces que no” (Petronila)

“El hombre sí cambia totalmente después de hacerlo, quiere darlo todo, él sí todo, pero yo, no pasa nada, igual toy” (Lila)

“Lo describiría... ¡bueno!... Le interesa satisfacerse él, prácticamente, así que yo misma busco llegar y él por su lado también...” (Marcia)

Para tener una idea de la satisfacción sexual tendremos en cuenta a Carrobles y Sanz (1991) mencionados por Carrobles y Cols. (2011), quienes señalaron que la satisfacción sexual es evaluada en términos de bienestar y plenitud, o la ausencia de los mismos, experimentados por

una persona en relación con su actividad sexual⁶². Por otro lado, Rodríguez (2010) hace referencia a una definición mucho más dual ya que considera a la pareja. Según este autor la satisfacción es la respuesta afectiva que surge de las evaluaciones del individuo de su relación sexual a partir de la percepción del cumplimiento de las necesidades y expectativas sexuales tanto propias, como de la pareja⁶³.

Es así que según el estudio de Carrobbles y cols. (2011), la satisfacción sexual mostró unas correlaciones bajas pero significativas con la consistencia orgásmica⁶². En relación a lo mencionado, en nuestra exploración se observó que aquellas mujeres que calificaban sus relaciones sexuales como a veces satisfactorias y en otras ocasiones insatisfactorias, en cuanto al orgasmo, ellas referían sentirlo en algunas ocasiones si y en otras no, siendo satisfactorias sus relaciones sexuales en la medida que podían llegar al orgasmo. Aquellas mujeres que se referían al acto sexual como generalmente insatisfactorio tendían a sentir en muy pocas ocasiones orgasmos. Y las mujeres que tenían una percepción satisfactoria de sus relaciones referían sentir orgasmo por lo general, coincidiendo en estas mismas mujeres una actitud mucha más activa en cuando al ejercicio de su sexualidad. Por otro lado la satisfacción sexual mostró correlaciones moderadas con la motivación sexual⁶². En cuanto a esto se develó que las mujeres de nuestro estudio por lo general muestran muy poca disposición para implicarse en relaciones sexuales debido a que muchas veces tienen que hacerlo por cumplir con sus parejas sin tener muchas veces el deseo o la motivación sexual necesaria. En el relato de la señora Margarita se puede observar cómo el factor de la motivación sexual repercute en la percepción de la mujer sobre su acto sexual:

“No!, no!, no! me satisface prácticamente porque no, porque no , no lo... cuando uno no quiere... porque hay momentos que cuando yo tengo relaciones con mi pareja sí los tengo, pero hay momentos que no” (Margarita)

Además el estudio de Carrobbles, mostró una correlación elevada y positiva con la autoestima sexual y con la tendencia a expresar los propios deseos en contextos sexuales⁶². En relación a esto, de nuestra exploración se observó que menos de la mitad de las mujeres, en la mayoría de sus relaciones sexuales, no suelen hablar de lo que ellas necesitan para poder sentirse satisfechas y disfrutar del acto sexual. De la misma forma Hernández y cols. (2011), mencionaron que entre las causas de insatisfacción sexual de las mujeres se encuentran las relacionadas con su falta de capacidad para hablar de sus necesidades y /o desacuerdos en pareja. Ya que coincidían en que hablar de lo que ellas desean o no toleran en el sexo

significaría ser tomadas por mujeres con falta de escrúpulos o promiscuas⁴⁵. A continuación el relato de la señora Bertha nos ilustra claramente como la mujer muchas veces no suele expresar sus necesidades o preferencias en el ámbito de sus relaciones sexuales:

“Él lo hace muy distinto a lo que tuve costumbre con mi otra pareja, a él no le gusta hacerlo en la cama, él dice la cama es para dormir, en el mueble o estar parado, yo tampoco me he llegado a acostumbrar, le gusta mirarse al espejo a él le gusta su aspecto, pero a veces lo hago porque mi esposo esté así pues ¿no? esté bien, no es porque realmente deseo o que me excite. A veces lo hacemos en la cama como a mí me gusta” (Bertha)

Del relato anterior, también podemos observar que otras de las percepciones que tienen algunas mujeres de sus relaciones sexuales es que estas son diferentes a lo que ellas estaban acostumbradas con sus parejas anteriores ya que hay la insistencia de parte de la pareja de intentar nuevas formas y que pocas veces estas se realizan como a ellas les gustaría.

Otra de las percepciones presentes entre algunas de las mujeres es que perciben sus relaciones sexuales como no normales, es decir, califican algunos aspectos de su acto sexual como no dentro de un modelo sexual ideal, como por ejemplo en cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales. A continuación el relato de la señora Graciela nos ilustra lo mencionado:

“Pienso que es menos de lo normal, me imagino que en algunas personas es más” (Graciela)

Por último, cabe resaltar que otras de las percepciones importantes que tienen las mujeres de sus relaciones son que estas sean cortas y de poco estímulo donde la pareja no toma tiempo adecuado para estimularlas, se va de frente a la penetración, pocas veces se muestra afectuoso y solo les interesa satisfacerse ellos. A continuación el relato de la señora Margarita nos ilustra lo mencionado:

“No hay caricias, besos...ujum él va de frente, por ratos es cariñoso, pero por ratos también es seco” (Margarita)

3.3 Sentimientos por las relaciones sexuales

Se puede develar de los testimonios que existen dos tipos de discursos en la mujer, aquellos que denotan un sentido más tradicional que reflejan una concepción de la sexualidad masculina

como ilimitada y demandante y una, femenina como más controlada y pasiva. Entre estas están, por ejemplo, los sentimientos de compromiso u obligación, incomodidad por el miedo a no satisfacer a la pareja o por falta de privacidad, entre otros. Pero, también se encuentran aquellos discursos que si bien se presentan en minoría denotan un testimonio más igualitario en derechos, en relación a la satisfacción sexual como el sentimiento de independencia y de disfrute del momento.

- Compromiso u obligación

Un estudio de tipo cualitativo realizado por Carmona, en el 2011, refiere que las mujeres respondieron más que los hombres haber aceptado tener relaciones sexuales sin desearlo para evitar un conflicto y de esta forma ellas cedían a las demandas de los hombres⁵⁶. Al respecto, se encontró que entre los sentimientos más comunes entre las mujeres entrevistadas se encuentra el fuerte componente de tener relaciones sexuales por obligación o compromiso, ya sea por complacer a su pareja, por hacerle sentir bien, por dejarse llevar y en otros casos porque se percibe al acto sexual como un hecho mecánico y de poco disfrute para ellas. En este contexto, cuando las relaciones sexuales no se acompañan de placer, se convierten en un deber más que en una experiencia de satisfacción mutua, placentera e íntima. Asimismo, Hernández y Formental (2007), concluyeron que las mujeres continúan centradas en complacer al hombre, limitándose de la entrega corporal y obstaculizando el disfrute del placer sexual⁶⁴.

En los testimonios de las señoras Cecilia y Graciela se pueden apreciar cómo la mujer accede, en gran parte, a tener relaciones sexuales por complacer o cumplir a su pareja:

“Cariño o costumbre, no sé, como una costumbre o a veces yo, mira ve, mayormente, si tengo relaciones es por complacer a mi esposo, no porque yo me sienta bien, sino por él, si por mí sería yo no haría, si hago es por él, porque él se sienta bien” (Cecilia)

“... porque de repente él piensa ¿no? como no hay nadie hay que aprovechar, pero quizá en ese momento yo no tenga deseo de tener relaciones... y ya él lo hace rápido y si lo hago lo hago por cumplir nada más” (Graciela)

En el caso de Antonela se puede observar que el momento en el cual la mujer se siente obligada a tener intimidad es cuando se encuentra indispuesta para el acto sexual y lo hace pensando únicamente en la otra parte:

“A veces no estoy dispuesta pero como solamente por complacerlo... me siento cansada. Me dejo llevar...” (Antonela)

En el testimonio de la señora Lupe también se puede develar el sentimiento de obligación por las relaciones sexuales ya que se perciben como un acto mecánico:

“Bueno él lo hace así no más, apurado y...nada y también lo único que yo quiero es que él se vacee” (Lupe)

En el testimonio de la señora Lila se puede apreciar además del sentimiento de compromiso que el momento de la intimidad para tener relaciones sexuales es muchas veces el único momento en el que se pueden encontrar como pareja como parte de su vida cotidiana. A continuación se presenta su testimonio:

*“Yo siento también que él me necesita porque es el único momento que podemos estar solos...”
(Lila)*

- Temor

También se pudo observar que el momento de las relaciones sexuales trae consigo el temor de contraer alguna infección de transmisión sexual. Este temor se fundamenta, según los testimonios de las mujeres, en antecedentes de infidelidad de la pareja, haber sufrido de infección vaginal en el pasado y en otros casos no se tiene claro de donde se origina el temor que ellas sienten pero lo consideran como un sentimiento latente.

Como ya lo señalaba Critchlow (1989), el miedo al SIDA y a otras infecciones de transmisión sexual es considerado como un factor que disminuiría el interés o motivación sexual en las personas⁶⁵.

A continuación se presenta el testimonio de la señora Marcia, en el cual se puede apreciar que en su historia de convivencia se encontró un antecedente de infidelidad de parte de su pareja y como este hecho en la actualidad ha originado sentimientos de desconfianza y principalmente de temor durante el acto sexual:

“Temor a una infección... por la infidelidad, o sea que el hombre, con que mujeres no....claro usando preservativo sí, pero ya el temor lo vas a tener siempre” (Marcia)

También se encontró que este temor presente en las relaciones sexuales es debido a que se considera que el antecedente de haber tenido alguna infección vaginal las predispone a volver a contraerlas nuevamente. En el testimonio de Petronila se puede observar claramente lo mencionado:

“Tengo temor de contraer una infección, porque antes tenía infección vaginal...” (Graciela)

En otros casos, este sentimiento se encuentra presente sin motivo alguno como se puede apreciar en el testimonio de la señora Petronila a continuación:

“Cierta temor de contraer una infección claro...” (Petronila)

- Incomodidad

Otro de los sentimientos presentes por las relaciones sexuales es la incomodidad durante el acto sexual. Según los testimonios este sentimiento es debido a percibir una incapacidad de parte de la mujer de no satisfacer a la pareja como ella lo desearía, en otros casos por la presencia de hijos o a ser escuchados por otras personas ante condiciones de poca privacidad. A continuación se presentan los relatos de las señoras María y Graciela, respectivamente:

“Yo me siento incomoda, ah! No poder cumplir tal vez a mi esposo no, como él quiere a veces, yo me siento temor, ‘no, no, nos van a ver’ a veces le digo, ‘no, no’, porque esta con una cortina no más... hay dos camas, ellas duermen una cama yo duermo una cama y se sientan ahí a veces en la sala, así es donde yo vivo y no puedes tener privacidad porque tus hijas están ahí también...a veces uno tiene que esperar que se duerman bien mis hijas” (María)

“Como vivimos alquilados en un primer piso, es a veces un poco incómodo, porque se escucha cuando la otra pareja tiene relaciones y yo digo si nosotros tenemos de repente ellos también escuchan pues y eso a veces me incomoda... me limita el saber que al costado de nosotros hay otra pareja que nos están escuchando... me cohibo a veces” (Graciela)

- Aburrimiento y Costumbre

Del discurso de algunas mujeres se ve reflejado también aburrimiento y costumbre por el acto sexual. Estos sentimientos son debidos principalmente a la rutina en pareja y/o de su vida sexual y que en algunas ocasiones crea en la mujer una predisposición negativa para el acto sexual antes de iniciarlo y en otras ocasiones hay momentos determinados durante la intimidad en la cual se termina cayendo en esta situación. En los siguientes testimonios de las señoras Lila Cecilia y Juanita respectivamente, se puede apreciar lo dicho en relación a estos sentimientos:

"...hasta me aburre a veces cuando me abraza... de repente la rutina debe ser, debe ser la rutina, hacer lo mismo....la verdad me siento bien aburrida, ah... no sé bien...la verdad me siento bien aburrida, bien aburrida ...hacer lo mismo... no lo disfruto mucho..." (Lila)

"A veces aburrido, siempre que tengo relaciones voy a sentirme así, pero a veces no puedo" (Cecilia)

"...sí le correspondo"...Hay ratos en que me aburro pero él está tranquilo" (Juanita)

- Preocupación

La preocupación es otro de los sentimientos presentes durante el acto sexual, definiéndose esta como un sentimiento de inquietud, temor o intranquilidad que se tiene ante una situación determinada⁶⁶ en este caso durante el acto sexual. La relevancia e influencia de este sentimiento es importante dependiendo del grado en el que se encuentre presente ya que de nuestra exploración se observa que por lo general va acompañado de una falta de atención funcionando como un elemento bloqueador del erotismo que bien podría incidir de forma negativa en la respuesta sexual de la mujer. Las razones pueden ser variadas pero en este estudio se encontró que principalmente era debido a la falta de privacidad y al temor de ser visto o escuchado por los hijos o personas que cohabitan con ellos en el mismo hogar. Los relatos de las señoras Sonia y Fiorela ilustran este sentimiento:

"Más preocupada estoy de que se pueda levantar...no, puede vernos, pero de repente nos está escuchando" (Sonia)

"Yo estoy ahí 'uy!, ahorita se despierta, ahorita se despierta' " (Fiorela)

- Rechazo

Otros de los sentimientos presentes durante el acto sexual es el rechazo al acto sexual y por lo general este sentimiento se da en mujeres que no se encuentran bien en otros planos de su vida cotidiana en pareja. Este rechazo puede ir sucediendo en forma paulatina, al comienzo puede pasar desapercibido o enmascararse con excusas de cansancio o de tener alguna dolencia física muchas veces sin estar la mujer consciente de este sentimiento. En otras ocasiones es mucho más marcado y la mujer está plenamente consciente de sus sentimientos atribuyéndole en muchas ocasiones ellas misma una causa. Es importante resaltar que este sentimiento tiene un trasfondo ya que este rechazo no sería por el acto sexual en sí, sino por otros factores que cursarían con el acto sexual como una pobre satisfacción marital o sentir una exigencia o demanda sexual de parte de la pareja. A continuación los testimonios de las señoras Bertha y Marcía se enmarcan en este sentimiento:

“A veces me reclama y me decía: ¿qué tienes? ¿Por qué no me deseas? como cualquier hombre creo y a veces me reclama...tengo dolor de cabeza, como sufro de migraña así, hago mi pretexto...Y a veces me pongo a pensar y realmente me da pena mi esposo porque...Soy una chica muy conservadora, que siempre hacía lo rutinario” (Bertha)

“Porque no tengo ganas, claro es como un rechazo que siento hacia él por algunos problemas, no hay esas ganas... Hay días, pero ahora último no, hay días que me abraza cuando tenemos intimidad, pero yo misma lo rechazo o que se yo, pero hay ese rechazo” (Marcia)

- Inconformidad y no lo disfruta

Muchas mujeres refieren también, sentirse inconformes con la actividad sexual que llevan con sus parejas. Esta inconformidad es muchas veces explicada por la falta de disfrute de parte de ellas. A continuación los relatos de las señoras Bertha, Petronila y Lupe:

“No sé si me estaré complicando, pero lo único que sé es que no lo disfruto” (Bertha)

“O sea ya no me da ganas de pedirle tampoco, porque si sé que él no va a poder satisfacerme como debe ser, mejor no para que” (Petronila)

“No me gusta...no siento nada, no me gusta, él sí comienza a tocar todo eso pero...no le podría decir mucho...a veces él sí...” (Lupe)

- Vergüenza

Este sentimiento también se encuentra presente durante el acto sexual sobre todo en aquellos contextos en los cuales la mujer principalmente no percibe o considera un lugar como el más adecuado para permitirse dejar aflorar su sexualidad en la medida que ella se sienta más cómoda. Por lo general, estas circunstancias son permanentes en el tiempo y repercuten en la respuesta sexual de la mujer. Por otro lado, este sentimiento también es debido a que la mujer no se siente a gusto con su aspecto físico como antes generando sentimientos de vergüenza durante la intimidad y muchas veces falta de deseo. A continuación los relatos de las señoras Graciela, Bertha y Lila ilustran lo mencionado:

“Bueno de parte de él sí, él habla así no, yo me quedo callada a veces, más reservada por la vergüenza de los vecinos como te digo, quizá si viviéramos solos en el primer piso , quizá fuera diferente , estoy así hace ya año y ocho meses” (Graciela)

“Esta es la casa de mi papá, mi cuarto está atrás, acá vive mi hermana y su familia con mi papá y mis dos hermanos, es algo un poco vergonzoso...” (Bertha)

“Ha disminuido ese interés... a parte porque no me gusta como estoy, porque he subido bastante de peso, no era como era antes, si a mí misma no me gusta como estoy, mi cuerpo, menos me gusta pues que mi pareja me vea” (Lila)

- Bienestar y querida

El sentir bienestar y sentirse queridas por la pareja durante la relación sexual es otro de los sentimientos presentes en las mujeres en poca frecuencia y solo en algunas de ellas. Podemos apreciar que en pocas ocasiones es la mujer la que no da tanta importancia al aspecto afectivo de la sexualidad en comparación a su pareja, sin embargo al estar presente el componente de influenciabilidad la mujer termina correspondiendo emocionalmente a su pareja creándose un ambiente afectivo entre ambos finalmente. Por otro lado, se observa que la mayoría de las mujeres tienen idealmente una necesidad afectiva durante el acto sexual aunque esta no esté

siempre presente. A continuación los relatos de las señoras Soraya y Elvira muestran lo expuesto:

“Siempre me acaricia me dice te amo, gracias por darme una hija, siempre me habla.

Normalmente yo soy más fría que él, pero cuando estamos bien como que también le sigo. Yo puedo notar cuando él está bien y él también” (Soraya)

“Ahorita nada, a veces cuando me acuerdo, me pongo triste, que mi papá me abusaba. Ahora estoy olvidando eso poco...ya me siento más cariño con él también me concentro” (Elvira)

Asimismo, Carmona (2011) mencionaba que para tener sexo, las mujeres prefieren estar seguras de sus sentimientos hacia su pareja y los de esta hacia ellas, es decir, el acto sexual debe de estar enmarcado en una relación de amor⁵⁶. En el siguiente testimonio se puede apreciar el componente afectivo brindado por la pareja para que la mujer se sienta querida durante el encuentro íntimo:

“Me acaricia, a veces me toca mi cabecita, me agarra el rostro, a veces conversa, me dice que soy lo más bonito que le ha pasado así” (Bertha)

- Poco cariño

Según Carmona (2011), en cuanto a las asociaciones que hacían las mujeres en torno a la sexualidad ellas marcaron una diferencia entre el encuentro sexual propiamente como tal y otros momentos de cariño que también consideran como sexualidad en pareja, y que conciben como importantes, algunas de ellas incluso más que el acto sexual. Por su parte los hombres asociaron la palabra sexualidad con una relación física entre dos sexos, sin hablar espontáneamente de afecto o sentimientos y ellos hablarían más de placer que las mujeres. Para este autor esta forma de referirse a la sexualidad refleja una fuerte unión entre sexo y amor en las mujeres⁵⁶. En este sentido, concordamos con Carmona en sus conclusiones ya que las mujeres de este estudio remarcaron frecuentemente la falta de cariño de parte de sus parejas o el pobre componente afectivo durante el acto sexual. A continuación el relato de la señora Ofelia nos refleja este sentimiento:

“Las relaciones sexuales no es con tanto cariño porque no hay tanta caricia como antes” (Ofelia)

- Independencia y disfruta del momento

En el discurso de la señora Marcia se puede apreciar la existencia de testimonios más igualitarios en relación a la sexualidad ya que se aprecia una autonomía en cuanto a la búsqueda individual de la satisfacción sexual en la mujer:

“Él no me brinda el sentirme bien ...disfrutamos el momento y de ahí ya a dormir... mayormente yo soy la que busco sentirme bien en las relaciones, claro yo busco llegar al orgasmo ...él no me pregunta si llegue o si termine.. El también por su lado busca llegar y ya...” (Marcia)

4. Sentimientos de las mujeres respecto a la disfunción sexual

Existen muchas definiciones y enfoques de los sentimientos a lo largo de la historia, sin embargo para este estudio hemos tomado por conveniente usar la definición tomada por Rosas, para quien los sentimientos son una experiencia afectiva compleja, disposicional, duradera, motivada por y referida a un objeto intencional diferenciado (causa)⁶⁷. Tomando en cuenta esta definición, de nuestra exploración el objeto intencional diferenciado vendría a ser la disfunción sexual femenina que presenta la mujer. De nuestro estudio, se encontraron dos tipos de trasfondos afectivos vivenciados con desagradables o agradables. Dentro de los sentimientos desagradables se encontraron malestar, frustración, preocupación e insatisfacción. Se podría pensar que la disfunción sexual podría traer consigo solo experiencias afectivas de tipo desagradables, sin embargo se develó que algunas mujeres tenían sentimientos agradables como tranquilidad. Según la definición tomada por Rosas estas experiencias afectivas manifiestan las tendencias de un individuo a percibir el mundo desde un trasfondo afectivo particular, formando así ideas adecuadas a su percepción y generando las pautas de acción correspondiente en las personas. Es decir, los sentimientos desempeñarían un papel en la motivación individual y en la forma como la mujer afronta las diversas situaciones en su vida⁶⁷. Por otro lado las percepciones generadas en la mujer, que darían como resultado uno u otro tipo de sentimientos, estarían relacionadas en nuestro estudio, siguiendo la idea de Rosas, a la importancia que le da la mujer a la disfunción sexual.

En nuestro estudio, la definición expuesta nos enmarca dentro de dos tipos de experiencias afectivas encontradas, ya anteriormente mencionadas. A continuación exploraremos cada una de ellas.

4.1 Vivenciados como desagradables

Por lo general se encontraron sentimientos de tipo desagradables entre las mujeres con disfunción sexual y referida a esta condición. Por otro lado, cabe resaltar que las mujeres pueden presentar más de una experiencia afectiva a la vez siendo estas no excluyentes unas de otras.

- Malestar

Una de las experiencias afectivas mayormente encontradas en la exploración fue el sentimiento de malestar y siguiendo la línea de Rosas⁶⁷, entre uno de los objetos intencionales se encuentra el que las mujeres no se sientan plenas en su rol de mujer. Los relatos de las señoras Petronila y Margarita nos ilustran este sentimiento:

“A veces me siento un poco mal, porque no es como que tú te sientes feliz, o plena, ay!... veces no pues , me siento mal” (Petronila)

“...pero a mí siendo uno como mujer se siente mal a veces” (Margarita)

Otro de los motivos es debido a que la mujer siente que es **ella la causa de su situación**. El relato de la señora Graciela nos refleja lo mencionado:

“A veces mal porque siento que es por mi todo esto” (Graciela)

El **no poder responder a sus parejas** de una forma que ellas consideran adecuada, trae también consigo el sentirse tristes al hacer una evaluación de su acto sexual. En una cita de la señora Elvira se puede ver reflejado lo mencionado:

“A veces me siento un poco mal ¿no? Porque de repente mi esposo quiere tener relación y yo lo que no, como no responder, así pues” (Elvira)

Por otro lado muchas veces el **sentirse obligada** a tener relaciones sexuales y de una u otra forma, coerción sexualmente⁶⁸ por su pareja produce en la mujer este tipo de sentimiento. El relato de la señora Cecilia es un claro ejemplo de esto:

“A veces me siento mal porque a veces como que yo me siento obligada a hacer algo que no quiero y si lo hago lo hago por él. Mal porque no puedes a veces ver a mi esposo incómodo, no está no se siente satisfecho conmigo, también por mí. Me gustaría ser como antes, yo inicié mi vida sexual, sentirme bien, feliz y ahora no sé por qué” (Cecilia)

Además, la mujer también señala sentirse triste por percibir que **en ella algo ha cambiado** en el tiempo. El siguiente relato nos introduce en lo explorado:

“Me siento un poco mal conmigo misma en realidad porque yo sé que no era así antes y ahora sí como que ha cambiado, y eso también” (Soraya)

- Frustración

En las mujeres jóvenes sobretodo, suele presentarse el sentimiento de frustración ya que consideran que el modelo sexual que presentan no corresponde con la edad que ellas tienen. El relato de la señora Bertha nos ilustra este sentimiento y se puede observar también como esta experiencia afectiva compleja puede ir acompañada de otras, en este caso, del sentimiento de pena:

“Es muy importante porque a veces yo me siento frustrada, me pongo a pensar, a veces me pongo a llorar. Hasta me da pena, siento una pena tan joven pues, que no tengo ganas de tener relaciones” (Bertha)

- Preocupación

La preocupación sería uno de los sentimientos que componen la ansiedad estado, considerada esta como un “estado emocional” inmediato, modificable en el tiempo y con modificaciones a nivel fisiológico⁶⁹. Por otro lado, la preocupación también es considerada por otros autores como un paliativo o una manera “tentativa” de afrontar la ansiedad ya que no llega a figurar como una estrategia o factor del afrontamiento en los diversos instrumentos vistos en la literatura⁷⁰. De acuerdo con lo mencionado podemos observar que la preocupación es relacionada a la ansiedad de una u otra manera. Cabe resaltar que estas asociaciones son aludidas a un estado de ánimo, más no a una experiencia afectiva mucho más compleja como lo es el sentimiento. De la exploración, se pudo develar a la preocupación como otro de los sentimientos presentes en la disfunción sexual. Siguiendo la definición de Rosas⁶⁷ el objeto intencional diferenciado

(causa) para esta experiencia afectiva son principalmente la percepción que tiene la mujer de que “algo” en ella no se encuentra bien, la idea de sentirse diferente en su respuesta sexual al compararse con otras mujeres y aquellas motivadas por la preocupación de que la pareja pueda buscar satisfacción sexual fuera del hogar. A continuación los relatos de las señoras Marcia, Petronila y Fiorela nos ilustran lo mencionado:

“... preocupante, algo debe haber en mí, es preocupante” (Marcia)

“Cuando conversamos con mis amigas... ahí, me doy cuenta que es diferente en mí” (Petronila)

“La verdad a veces a uno preocupa como mujer porque yo pienso que mi esposo puede estar de repente uno siempre la esposa cree que una caricia, estar juntos, todo eso, a veces, me pongo a pensar que si aparece por ahí una chica bien cariñosa y uy! eso también me preocupa, ni creas que para mí es feliz, no...” (Fiorela)

- Insatisfacción

Como ya se había mencionado líneas más arriba, existen diversas definiciones para insatisfacción, por otro lado, cabe resaltar que la mayoría de ellas son enmarcadas no solo en un componente físico, sino que también consideran el importante componente afectivo que esta involucra⁶³. De nuestra exploración podemos develar que este componente afectivo de la insatisfacción es debido a que la mujer en pocas ocasiones puede disfrutar de su intimidad o sentir un bienestar en general al hacer una evaluación de su vida sexual y compararlo con las expectativas que ella tiene. A continuación el relato de la señora Soraya nos refleja lo mencionado:

*“Como que yo siento que mi esposo me produce insatisfacción más que todo por ese lado”
(Soraya)*

4.2 Vivenciados como agradables

Los sentimientos vivenciados como agradable fueron encontrados, en minoría, en la disfunción sexual.

- Tranquilidad

Como ya se había mencionado, padecería ilógico pensar que la disfunción sexual pudiera involucrar sentimientos de tipo agradables, sin embargo en la exploración se observó que al preguntar por los sentimientos referidos a la disfunción sexual algunas mujeres, refirieron sentirse tranquilas con esta condición principalmente por dos motivos: las relaciones sexuales representa para ellas un desgaste físico enorme que influye en el desempeño de su vida cotidiana y por otro lado la falta de motivación sexual en ellas produce ver con agrado el no sentir deseo y el no verse incomodadas u obligadas a responder a sus parejas cuando ellos no sienten deseos, produciéndoles esta situación cierta tranquilidad. A continuación el relato de la señora Bertha nos refleja lo mencionado:

“A veces viene cansado de la universidad, como trabaja y estudia eso le fastidia pues, entonces yo me alegro pues porque sé que no me va a fastidiar” (Bertha)

5. Importancia que la mujer le brinda a la disfunción sexual

En esta categoría, la importancia será definida, para fines de esta exploración, como el grado de relevancia o cualidad que la mujer le asigna al padecimiento de la disfunción sexual. Asimismo el grado de importancia que una persona le brinde a una determinada situación va asociada muchas veces a las prioridades que esta tiene en su vida cotidiana. Dependiendo de la importancia o valoración que la mujer le dé a una determinada situación afrontará de una u otra manera dicha condición y es aquí donde los términos de importancia y afrontamiento se verán articulados. Por otro lado, desde una perspectiva antropológica y social de la salud, el grado de importancia o el nivel de valoración que la mujer le da a la disfunción sexual y en general a la percepción que tiene de salud enfermedad, está enmarcada dentro de un contexto cultural⁷¹. Asimismo, la percepción de los problemas de salud está fuertemente mediada por las condiciones materiales de vida y por la valoración de la salud en un contexto sociocultural específico⁷².

De la exploración hemos podido develar que la importancia que se da a la disfunción sexual de parte de las mujeres, es interpretada de dos maneras: le brinda importancia o no le brinda importancia. A continuación exploraremos la importancia que las mujeres le dan a la disfunción sexual femenina.

Le **brinda importancia**, en este caso, de acuerdo con la exploración, la mujer considera que tiene un problema y percibe que su respuesta sexual no está dentro del modelo sexual ideal:

“Sí, sí le doy importancia porque me estoy volviendo así, será, estrés, no sé” (Ofelia)

En algunas ocasiones la valoración que la mujer le brinda a la alteración de su vida sexual la lleva a pensar en buscar una ayuda profesional, aunque por lo general, con la duda de no saber a qué profesional debería acudir:

“Ayer quise hablar con la ginecóloga, le iba a comentar por qué se me ha quitado el apetito sexual. No sé si tendría que ir a un psicólogo la verdad no sé” (Bertha)

La importancia brindada a la disfunción sexual, es debida, en otros casos, a que la mujer considera que la calidad de su vida sexual no va de acuerdo a lo que debería de ser. Por otro lado la mujer manifiesta que es un problema que no solo la involucra a ella sino también a la pareja:

“Que hay algo ¿no? Que hay un problema, qué realmente no sé qué es exactamente, necesito ayuda para poder resolverlo. Una orientación de pareja podría ser, ‘creo que es ambos, de los dos’ me dice, él siempre quiere saber también. Primero yo misma reflexionar, saber por qué para poder, este, encontrar una explicación lógica y dársela ¿no? porque no creo que por las puras tampoco. Yo misma le he estado dando un poco de importancia, porque sentía que no había esa misma comunicación, porque sentía que yo era la culpable de eso, y no debe estar pasando. ¿Qué tendría que hacer yo en ese momento? Él me dijo ‘hay charlas, hay juegos, hay cositas que te animan’, pero a mi sinceramente no le encuentro sentido. Es una forma de manifestar tu amor ¿no? donde los dos se sientan bien pues, no solamente uno nada más. Un tabú era eso en mi casa” (Soraya)

En otros casos, la mujer tiene arraigada, en sus pensamientos, la idea de que la insatisfacción sexual en el hombre, puede traer consigo la búsqueda de placer de este fuera del hogar. En este caso se puede apreciar como el contexto sociocultural influye en la valoración o importancia que la mujer le brinda a su vida sexual. En relación a esto, Sacchi y cols. (2007) refieren que este complejo proceso de percepción de la enfermedad puede comprenderse contextualizada en un universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural en el que está inmersa cada persona⁷²:

“Más o menos. Pensar, pensar, no sé si tanto. Pero siempre hablan que los hombres se van cuando tú no estás ahí ¿no? Por eso te dejan, te abandonan con otra” (Elvira)

Sentimientos como la frustración, autculpa y tristeza son otros de los factores que determinan la importancia que la mujer le brinda al trastorno que padece:

“Es muy importante porque a veces yo me siento frustrada, me pongo a pensar, a veces me pongo a llorar” (Bertha)

La importancia que la mujer le brinda a la disfunción sexual se vislumbra también al considerar que su vida sexual debería de mejorar y hace una valoración de sus relaciones sexuales anteriores como mejores que las actuales:

“Las últimas cuatro semanas, ¡bueno! es muy poco que haya hecho y sí, sí debería mejorar...Bueno, yo quisiera rescatar que más antes había con...ese ese amor, esa privacidad que uno tenía cuando hacía relaciones no!” (María)

En otros casos, la importancia que le da a la disfunción sexual va asociada a que ve como necesario una vida sexual de calidad como fundamental para el fortalecimiento y mantenimiento de la relación de pareja y por otro lado, asocia su placer al placer que pueda sentir su pareja:

“Que lo que yo tengo, para mí, es un problema...estoy buscando ayuda...porque te ayuda a resolver tu problema. Sí, para estar más unidos, para que haya más amor entre los dos” (Cecilia)

“Bueno quisiera yo sentir como antes, ese placer, para transmitir también, porque yo sé que si siento también va a sentir placer mi esposo” (Graciela)

No le brinda importancia, en este caso se observa que la mujer no considera que padece de un trastorno en su respuesta sexual o que algún aspecto de su vida sexual este alterado. Por otro lado, se devela que la importancia que la mujer le da a su condición puede estar influida fuertemente por la opinión de la pareja. Se puede vislumbrar además que la mujer pone su vida sexual por debajo de otras prioridades. A continuación en los siguientes relatos ilustramos lo referido:

“Cuando converso con él le digo así ¿no?... pero normal ah...no es que me sienta mal pero yo no lo entiendo como un problema. Cuando ese día me explicaste yo le dije ‘me siento así’ y él se ríe entonces me dice ‘no, qué problema’... ‘¿no sé si tengo que ir al psicólogo o psiquiatra?’... peor se ríe” (Antonela)

“Como le puedo decir...casi no lo, no lo pongo así como... como este! ... algo importante pue” (Margarita)

“Como que yo no le tomo mucha importancia a lo que es así tener intimidad con mi pareja así pasen días, para mí es normal” (Irma)

La poca o nula importancia en la mujer en relación a la disfunción sexual se ve reflejada también porque las prioridades que ella tiene en su vida están en función principalmente a los hijos. En relación a esto, Sacchi y cols. (2007) mencionan que las posibilidades de percibir un problema de salud son diversas y están socioculturalmente condicionadas: factores como la responsabilidad o el rol familiar que la persona desempeña, así como las prioridades cotidianas y las actividades que realice harán que lo perciba de modo diferente en cada caso⁷². A continuación los siguientes relatos reflejan lo mencionado:

“No me llama la atención por ahora. No tanto me interesa tener una vida sexual plena y satisfactoria; mi prioridad es mi pequeña” (Juanita)

“Y la parte de mujer como que ya no me importa por decir así, yo prefiero mil veces a mis hijos ya otras cosas no... si ustedes no me toman en la posta (cuestionario de disfunción sexual femenina) ni lo tomo en cuenta ... las relaciones no, no le doy mucha importancia” (Lila)

Otra de los motivos por los cuales la mujer no da importancia a la disfunción sexual es debido a que ellas no disfrutaban de las relaciones sexuales, no lo ven como una necesidad en sus vidas y por el contrario, valoran más otros momentos en pareja, como cuando salen a pasear, pues refieren disfrutar mucho más de ello:

“En realidad yo muy poco también para el sexo, si me gusta salir pasear...” (Lupe)

Por último, finalizaremos esta categoría con León y cols. (2003), quienes concluyen que las nociones de la salud y la enfermedad son construidas socialmente y moduladas por el contexto cultural⁷¹.

6. Cómo afronta la mujer la disfunción sexual

Cuando se habla de afrontamiento, se refiere a un conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación. Por otro lado, la tendencia a sobregeneralizar su uso se convierte en estilos de afrontamiento, además estos pueden focalizarse en el problema, en la emoción o en la valoración de la situación⁷⁰. Existe en la literatura un amplio espectro de trabajos realizados usando diferentes instrumentos que evalúan las diversas formas de afrontamiento ante una determinada situación, observándose que dependiendo de los contextos culturales o las poblaciones tomadas se consideran unos u otros recursos de afrontamiento como los más utilizados^{73,74,75}. Para este estudio se ha tomado en cuenta la clasificación del afrontamiento según la Escala de Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M) de Londoño cols. (2006)⁷⁰ ya que enmarca y abarca mejor todas las maneras de afrontamiento encontradas en las mujeres de nuestra exploración, encontrándose diez posibles estrategias utilizadas alrededor de la disfunción sexual femenina: busca de alternativas, conformismo, evitación cognitiva, refrenar el afrontamiento, evitación comportamental, expresión emocional abierta, búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, control emocional y evitación emocional. Siendo las estrategia de afrontamiento más utilizada por las mujeres las referidas a la búsqueda de alternativas, conformismo, la evitación comportamental y expresión emocional abierta. A continuación exploraremos cada una de las formas de afrontamiento en el orden de estrategias cognitivas, comportamentales y cognitivas – comportamentales:

La **búsqueda de alternativas**, es una estrategia cognitiva en la que se busca analizar las causas del problema y generar alternativas de solución⁷⁰. De la exploración, esta estrategia se expresa cuando la mujer se da cuenta de su situación, es consciente de que algún aspecto de su vida sexual no está dentro de lo normal y desea resolverlo. Para ello, se observa que la mujer planifica una serie de acciones orientadas a solucionar su problema teniendo en cuenta el momento oportuno para realizarlo, como por ejemplo, algunas mujeres creen que el descuido de la imagen corporal es un componente importante que influye en su problema por ello al ser concebida está como la causa en la cual radica su problema, busca formas para conseguir una mejor imagen corporal, como el bajar de peso. En otros casos, la mujer busca estimulación visual a través de películas que le inciten a aumentar su deseo sexual. También se busca la manera de cómo llegar al orgasmo conversando con la pareja y acordando la forma de llevar a cabo sus relaciones sexuales. En otros casos, la mujer asume a nivel de sus pensamientos un esfuerzo por sentirse

mujer y de esa manera cambiar su respuesta sexual en alguna medida. A continuación los siguientes relatos ilustran las situaciones presentadas respectivamente:

“Ha disminuido ese interés... porque no me gusta como estoy, porque he subido bastante de peso...estoy en proceso de bajar de peso, ya he perdió siete kilos...” (Lila)

“Para empezar algo con mi esposo le digo que traiga película pero con eso sí mirando no más y a él no le gusta pero lo hace” (Bertha)

“Sí, claro, conversamos primero que él llegue y después ya ambos lleguemos” (Sonia)

“No pero, no es que me de igual, sino que tengo que tratar de sentirme mujer” (Lupe)

El **conformismo**, es una estrategia cognitiva que busca tolerar una situación resignándose con ella⁷⁰. De la exploración, esta estrategia se expresa cuando la mujer no considera relevante su problema o en todo caso considera que no lo presenta. Sin embargo, en otros casos considera que su situación no es normal pero termina conformándose con ella. Por otra parte, la mujer busca muchas veces justificar de alguna manera la alteración que presenta su respuesta sexual. La resignación en ella es debido a que no le interesa estar con su pareja, no se siente complacida por su pareja, no está buscando una solución, está tranquila de esa manera, considera tal vez que con el tiempo se interese por ello no le nace tomar la iniciativa. A continuación, los siguientes relatos nos reflejan las circunstancias mencionadas:

“Me acuerdo de mis profesores de anatomía y psicología, el hombre tiene a veces problemas con la mujer porque los hombres no llegan a satisfacer a la mujer porque él llega más rápido al orgasmo que la mujer, entonces yo lo entiendo. De repente se presenta una oportunidad, cuando llegue el momento que yo esté interesada de buscar ayuda no” (Antonela)

“Tratar de conversar con él...yo me siento bien, tranquila, para mí ya es normal” (Ofelia)

“Yo lo llevo normalmente, señorita” (Margarita)

“No!, no le estoy buscando tampoco una solución..., como le digo por mí sola no me da...bueno yo estoy tranquila... no tengo tanto interés pues no de sentir el hecho de ser mujer prefiero ser

madre...yo estaría bien no, un abrazo, con unos momentos pasando con mis hijos, estando juntos que me acompañe, salir juntos, así, así yo estaría bien” (Lila)

“A claro que no es normal... pero ya me conformé, por más que a veces le digo a él, ya me conformé a llevar esta vida así...” (Petronila)

La **evitación cognitiva**, es una estrategia cognitiva en la que se busca eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, a través de la distracción o la negación⁷⁰. En nuestra exploración se observó que las maneras de evitar aquellos pensamientos consisten en restarle importancia a su vida sexual y poner más ahínco en su labor de madre. El relato de la señora Bertha nos ilustra este modo de enfrentamiento:

“Si es que en un mes no lo veo, estoy tranquila y yo no quiero tomar la iniciativa con mi pareja. Tal vez con el tiempo porque ahorita está mi hijo” (Bertha)

El **refrenar el afrontamiento**, es una estrategia cognitiva que busca conocer más sobre el problema o aclarar la eficacia de las alternativas, antes de enfrentar el problema⁷⁰. De la exploración, se observa que la mujer prefiere reflexionar y conocer el porqué de su problema para poder encontrarle una explicación lógica antes que tratar de buscarle alguna solución. En este caso para la mujer es más relevante buscar explicaciones antes que soluciones. Los relatos de las señoras Cecilia y Soraya nos refleja claramente esta estrategia:

“Entonces a veces hablamos así con él y me dice ‘tú eres fría’, como que a mí no me interesa estar con él íntimamente y me dice ‘este es un problema para las parejas’ ‘A veces muchas parejas se separan, se divorcian por el tema del sexo’ ”. (Cecilia)

“Primero yo misma reflexionar, saber el porqué para poder, este, encontrar una explicación lógica y dársela ¿no? porque no creo que por las puras tampoco” (Soraya)

La **evitación comportamental**, es una estrategia comportamental en la que se lleva a cabo actividades o acciones que contribuyan a tolerar el problema o a eliminar o neutralizar las emociones generadas por las mismas⁷⁰. De la exploración se observó que la mujer evita su situación con una conducta evitativa hacia las relaciones sexuales usando una serie de excusas o justificando ante su pareja dicha conducta. La cita de la señora Soraya nos refleja este tipo de estrategia de afrontamiento:

"Mediante la comunicación...y me mira y digo: mi amor estoy bien, pero bien cansada, "ya, está bien" me dice, me abraza y se queda dormido" (Soraya)

La **expresión emocional abierta**, es una estrategia comportamental en la que se expresan las emociones abiertamente como una manera de neutralizar las mismas⁷⁰. De la exploración se observa que este tipo de estrategias de afrontamiento se da cuando la mujer expresa sus sentimientos a su pareja con respecto a su placer, es sincera, pide más cariño preparatorio, da ideas o pide comprensión. Los relatos de las señoras María y Petronila ilustran lo mencionado a continuación:

"Oí!... que crees que soy yo, cuando tú vienes, de frente quieres hacer" le digo, "cualquiera no, un besito, me cariñas" yo le decía pues no, "me caricias, me besas" porque uno cuando te besan, te excitas sí o no, ya pues y, así era, después, como tanto le decía así empezó con sus besos, sus caricias..." (María)

"Yo le digo 'tú tienes que esperar que yo termine primero' y él me dice 'ya bueno, la próxima'" (Petronila)

La **búsqueda de apoyo social**, es una estrategia comportamental en la cual se expresa la emoción y se buscan alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas. Al hallarse integrada la mujer en una estructura social le proporciona recursos valiosos para su afrontamiento ya que este apoyo está centrado en el afecto o la información que la mujer pueda recibir de otras personas⁷⁰. Del estudio se devela, que esta manera de afrontar la situación se presenta cuando la mujer platica, se desahoga y pide consejos a otras personas como a su madre, hermanas o amigos y es consciente de que necesita esta ayuda o interacción. Las siguientes citas nos enfrasan en esta estrategia:

"Es bueno porque uno se desahoga... mi hermana me cuenta lo que está pasando también" (Bertha)

"Yo también le he comentado a la vecina que ya no hay un relación sexual normal, yo me doy cuenta ¿no? No es un poco normal, como debe ser" (Irma)

La **búsqueda de apoyo profesional**, es una estrategia comportamental en la cual se busca un recurso profesional para solucionar el problema o las consecuencias del mismo⁷⁰. En este caso la mujer cree que al buscar una ayuda especializada va a tener un mejor conocimiento y de esta forma tener una alternativa mucho más eficaz para enfrentar su problema. De los siguientes relatos se refleja como la mujer desea buscar la ayuda de una profesional de la salud:

“A la obstetriz sí le dije, pero me mandan a ginecología y no fui” (Cecilia)

“Yo le conté hasta a la Dra. ‘¿es diario?’, eso a mí me incomoda pues” (Irma)

El **control emocional**, es la estrategia cognitivo-comportamental con la que se busca tolerar la situación estresante a través del control de las emociones⁷⁰. De la exploración, esta estrategia se ve reflejada principalmente cuando la mujer busca movilizar sus recursos enfocada en controlar la situación o la causa que ella cree está generando una respuesta sexual inadecuada. A continuación se ilustra esta estrategia en el relato de la señora Fiorella:

“Sí, justamente dejo de llevarme...yo pienso que no está bien pues ¿no? Obviamente, es los dos mutuamente...” (Fiorela)

Por último, se habla de la estrategia de **evitación emocional**, estrategia cognitivo-comportamental en la cual se evita expresar las emociones, dada la carga emocional o la desaprobación social⁷⁰. De la exploración, esta estrategia se expresa cuando la mujer se presenta indiferente ante su situación y no comunica a su pareja de su incomodidad. Los relatos de las señoras Margarita y Fiorela nos enmarcan en esta forma de afrontar su situación:

“Señorita, hasta ahora, no se lo he comunicado a mi pareja” (Margarita)

“...por no hacerlo sentir mal, se da cuenta, está durmiendo, esta cansadito, yo tampoco soy adicta pues. Nunca le he dicho nada, tampoco le voy a hacer sentir mal a mi esposo. Yo lo entiendo porque está cansado” (Fiorela)

7. Razones atribuidas por la mujer a la disfunción sexual

El análisis muestra ideas, en la mente de la mujer, para llegar a una conclusión acerca de las causas del fenómeno estudiado. Entre estas se encontraron aquellas relacionadas a ellas

mismas, aquí la mujer lo atribuye a su estado físico y mental, a su condición de madre, y a situaciones ocurridas en las relaciones sexuales. Se encuentran también las causas relacionadas a su pareja, por su estado físico y su respuesta sexual; las concernientes a la relación interpersonal con la pareja, si es disfuncional o rutinaria. También se debe a factores externos, el horario, la privacidad, el trabajo y a determinadas prácticas sexuales como el coito interrumpido, las que finalmente influyen en la aparición de la disfunción sexual.

7.1. Propias de la mujer

Entre las causas propias que la mujer atribuye a su disfunción sexual se encontraron las relacionadas a su **estado físico**, aquí las mujeres refirieron cansancio e indisposición cuando sus parejas les solicitan mantener relaciones sexuales. De la exploración se develó que el ser amas de casa, criar a los hijos, trabajar fuera del hogar por muchas horas durante el día o llevar una larga relación de pareja contribuyen al cansancio de estas mujeres.

A continuación se muestran los relatos sobre las causas de la disfunción sexual debidas al estado físico de las mujeres:

“Ahorita, tanto, tanto no, desde que he dado a luz mi bebe, yo lo que poco. Me siento cansada y tengo que comenzar otra vez después de trece años” (Elvira)

“Como tengo dos hijos pequeños, se llevan dos años, el poco tiempo que tengo prefiero dormir... y más con mi segundo bebe, es hipotónico y también eso ¿no?, ya lo llevo al colegio, ya lo llevo a su terapia, tengo que levantarme temprano... más lo que yo me siento cansada porque hace tiempo que no puedo dormir bien” (Lila)

“Me siento bastante cansada por lo mismo de que la bebe me tiene todo el día en ese ajetreo, al parque, corre para allá, las cosas y me siento en la noche así cansada ya” (Fiorela)

“A veces llegamos cansados, yo llego ya a las diez, once de la noche a dormir y nos levantamos temprano al otro día, a las seis de la mañana...” (Lupe)

*“Puede ser por el cansancio, a veces no estoy dispuesta, pero como solamente por complacerlo ¿me entiendes?...por lo menos once años de pareja, por eso es que estamos cansados”
(Antonela)*

Asimismo, las parejas también pueden sentirse cansados por el trabajo, lo cual se refleja a continuación en los relatos de Fiorela y Margarita:

“Él también me dice ‘pero estoy cansado, yo también llego y te encuentro descansando’... ya no es como antes pues ¿no?” (Fiorela)

“Puede ser que de repente el problema sea en mí ¿no?, de repente en un momento en que uno no se encuentra en ese punto...como le seguía repitiendo más atrás, casi todo el tiempo estoy trabajando mi esposo también trabaja todo el día y a veces llegamos cansados” (Margarita)

Entre las causas de la disfunción sexual relacionadas al **estado mental** de las mujeres se encontraron el estrés, sentimientos de tristeza, la frustración y la imagen corporal percibida como deteriorada.

En cuanto al estrés se develó que las mujeres pueden estar pasando por algún chequeo médico, estar sobrellevando el inicio de una nueva etapa en su vida como el formar una familia, que implica conocer más al esposo y atender a hijos muy pequeños. Además puede deberse al propio carácter y estado de ánimo de las mujeres que les hace más difícil poder afrontar como se quisiera los momentos estresantes. Con respecto a esto último Castroviejo (2010) también refiere que los trastornos sexuales están asociados a trastornos del estado del ánimo³. A continuación se narran los discursos sobre los factores estresantes que influyen en la aparición de la disfunción sexual femenina:

“El problema que tú me dices puede ser por mucho estrés” (Antonela)

“Sí ha disminuido ese interés, de repente porque he estado un poco estresada por los resultados de los exámenes que me hicieron... Como te digo el estrés y si yo tenía relaciones trataba de tenerlo lo días fértiles, seguido o sea de que siempre he buscado de que sean esos días... Y a veces no me relajo por eso” (Graciela)

“... ‘no es eso, sino que, no sé, estoy cansada, el bebito me estresa’, le digo ¿Por qué se me ha quitado el apetito sexual?, no sé ‘será porque me estoy estresando’, le digo ¿no? ‘Estoy cansada, nos estamos conociendo, yo siento que nos queremos, entonces ¿por qué está pasando?’...en el carro está pensando, pero yo no pues, no sé si mi esposo será un mañosazo y yo una monja” (Bertha)

“A veces también creo que es la era del estrés, mi hija se despierta en la noche, yo también tengo que ver por ella, aunque él también se despierta más ¿no? no sé a veces me da mi locura, uno es por mi carácter y otro porque siento, bueno mi vida también ha cambiado un poco por mi hija ¿no? porque yo nunca paraba en mi casa porque estudiaba y trabajaba, me sentía feliz por mi hija pero por otro lado extrañaba esa parte de estudiar, trabajar y aportar dinero a mi hogar. A mí me dolió mucho pedir licencia, como que todo eso me ha chocado un poco ¿no? yo sé que no es culpa de él fue algo de los dos” (Soraya)

“Tal vez mis ánimos...me siento muy cansada, estresada, no tengo muchos ánimos de hacer porque ya estamos cansados. En mi mayormente está el problema, como le digo, como que el estrés, esas cosas” (Sonia)

En cuanto a los sentimientos de tristeza se develó que las mujeres se sienten así por diversas razones entre las que se encontraron la necesidad de quedar embarazada, auto culparse por su estado de salud, haber tenido resentimientos con la mamá o haber tenido otro hijo muy rápido. A continuación los siguientes testimonios demuestran los motivos por las que las mujeres se sienten tristes, lo que finalmente repercutió en su vida sexual:

“No, antes yo era más alegre, pero ahora me siento un poco diferente, un poco triste, un poco deprimida. Los primeros años de vivir con mi esposo toda alegría, todo pero después ya me he sentido sola ya por lo que no que he quedado embarazada, desde ahí ya me he sentido triste. Siempre en la noche conversamos con mi cuñada siempre me habla, pero siempre demuestro esa tristeza. No, yo siento hasta ahora siento que yo tengo la culpa de todo lo que está pasando, quizá por eso me deprimó” (Graciela)

“Cuando ya después del embarazo como que cambiaron muchas cosas, era por lo mismo de que yo me sentía mal, no me sentía igual eh surgieron algunos problemas porque tuve problemas con mi mamá, para ese entonces, me dio como que la tristeza, la nostalgia porque durante mi embarazo yo estaba tranquila, era como si no estuviera embarazada, después del parto comenzaron a surgir muchas cosas con mi mamá, nunca vino a ver a mi hija durante el embarazo, no fue al baby shower, esas cosas me ponían triste ¿no? y como mi esposo siempre está conmigo ¿no? esas cositas hacían de que ya no estuviera bien con él, bueno hablando de las relaciones sexuales... pero después como que cambiaron poco a poco las cosas. Porque me deprimí, me sentía mal porque sí me afectó ¿no? más su familia era la que venía, pero mi familia nada” (Soraya)

“Como tuve muy rápido a mis hijos, no más se llevan por un año, porque a los siete meses que tuvo mi hijo, yo salí embarazada y me deprimió bastante y yo lloraba si yo estaba bien era por mi hijo, porque me daba pena no darlo de lactar, entonces ese es mi problema que tuve muy seguidito, no esperaba tan rápido” (Cecilia)

En cuanto a la frustración las mujeres piensan que se embarazaron muy rápido y en consecuencia han decepcionado a su pareja con esta responsabilidad. A continuación se refleja en el testimonio de Bertha un ejemplo de sentirse frustrada que estaría influyendo en la relación de pareja y también en su interés sexual:

“...Sino que pasé de pareja soltera y al toque me embaracé no sé. Parece que me siento frustrada así, no pasó ni un mes y caí rápido, yo siento que lo he decepcionado a él con todos sus planes, él lo supo entender, yo también dije ‘uy’...” (Bertha)

Con respecto a su imagen corporal las mujeres refirieron que no les gusta su cuerpo por razones como: están gordas o flacas, han dejado de arreglarse físicamente. Estos pensamientos dependen asimismo de factores como la opinión del esposo y el hecho de ser madres. Al respecto, Sánchez Bravo y cols. (2010), mencionan que la imagen corporal de la mujer y la relación con su cuerpo se manifiestan en dos vías: con la anulación del cuerpo o con el maltrato del cuerpo, originada por el conflicto entre el deseo y la prohibición sexual¹⁶. Entonces, hay deseo de sentir placer pero se bloquea por las prohibiciones, lo que deriva en rigidez¹⁶. De los siguientes testimonios se puede ver que los cambios en la imagen corporal de la mujer pueden tener que ver con el fenómeno estudiado, pues manifiestan menor deseo sexual:

“También lo que siento es que me he descuidado bastante, ya no me arreglo como antes, a veces en casa digo pero por qué me voy a arreglar si estoy en la casa...mi esposo cuando me ve pintadita, arregladita, me dice: por qué te has maquillado, a dónde has ido, así, entonces para evitar eso, ¡ah ya!...” (Bertha)

“A disminuido ese interés como te digo por mis hijos... a parte porque no me gusta como estoy, porque he subido bastante de peso, no era como era antes, si a mí misma no me gusta como estoy, mi cuerpo, menos me gusta pues que mi pareja me vea” (Lila)

“Yo no era así, era más agarrada y todo el mundo me decía ‘¿qué te pasó, estás flaca?’, ya me sentí un hueso peor todavía, recién estoy viendo mis cambios y sí me chocó un poco” (Soraya)

“Mal, porque yo no era así, me siento panzona” (Cecilia)

Por otro lado, las mujeres manifestaron que **su condición de madre** está ocasionando la pérdida del interés sexual ya que se están involucrando más a su responsabilidad de madre que de mujer, ‘las relaciones sexuales ya no son iguales cuando hay hijos’, les están dedicando más tiempo a ellos que a sus parejas.

“A disminuido ese interés como te digo por mis hijos... mis hijos son muy activos, hasta para conversar, algo me quiere comentar y ya están ‘mamá’, ‘papá’...como que más me he aferrado a mi responsabilidad de madre por decirlo así ...y la parte de mujer como que ya no me importa prefiero mil veces mis hijos ya otras cosas ya no... prefiero salir al parque con mis hijos que estar con mi pareja, todo tiene que ver ahora a base de ellos... más por mis hijos que he perdido el interés en lo otro” (Lila)

“Ya no hay el mismo interés, no nos complementamos como pareja, ya cuando hay hijos de por medio señorita ya todo cambia, ya la pareja queda de lado, porque más tiempo le dedico a mi hija” (Margarita)

“No es porque no quiera a mi esposo ah, simplemente porque creo que el ser padres...Él me dice que antes no era así pero ya como ya soy mamá pues ya todo cambió también. Con mi esposo antes de salir embarazada rápido nos excitábamos, a veces nos perdíamos toda una noche, pero ya como ya soy mamá pues ya todo cambió” (Bertha)

“Ya después que hemos empezado a convivir juntos con mi hijo yo igual he bajado” (Irma)

Algunas de las razones que explican la aparición de la disfunción sexual femenina se **originan de la misma relación sexual**, es decir en ese momento, las mujeres se desconcentran, temen al dolor coital o piensan que son incapaces de llegar fácilmente al orgasmo.

La desconcentración de las mujeres durante el acto sexual puede ocasionar la disminución de la excitación y del orgasmo como se aprecia en siguientes relatos:

“Será como que no me concentro o no sé...Te digo la verdad, a veces mi hijito está despierto, él me está acariciando, pero está escuchando a su hijo que está llorando, está ahí y se desconcentra, él, yo no ah, yo dejo a mi hijo que llore, entonces se me va bajando pues yo me molesto ‘ay tú pareces...’ ¡si está despierto no! porque mucho piensa en su hijito, también interrumpe pues” (Bertha)

“A veces no estoy ahí... porque estoy con eso de quedar embarazada... y si tengo relaciones trato de tener los días fértiles” (Graciela)

“Estoy pensando en eso de que la cabeza me va a doler y... no me concentro. Lo que pasa es que estoy pensando más en otras cosas en ese momento por eso debe ser me desconcentro” (Fiorela)

El temor al dolor coital por ejemplo puede ir acompañado de una disminución del deseo sexual, con respecto a esto Castroviejo menciona que cuando aparece un trastorno sexual se observa asimismo otros trastornos sexuales³. A continuación se muestra dos testimonios donde la presencia de dolor coital está provocando la disminución del deseo sexual:

“Por el temor a que puedo no sé, el dolor me daba miedo” (Fiorela)

“En realidad yo muy poco también para el sexo, no me gusta tanto, no siento tanto, él sí, comienza a tocar todo eso ... como me duele y eso del semen cuando se moja queda un olor feo ... no es que me de igual sino que tengo que tratar de sentirme mujer... pero no me gusta” (Lupe)

Además, Alcoba y cols. 2004 refieren que la evitación de las relaciones sexuales se puede saber por la presencia de aversión al olor del semen, entonces este rasgo de aversión al sexo se puede apreciar en el testimonio anterior¹⁷.

Siguiendo la idea de Castroviejo, se muestra en el siguiente relato que la disminución del deseo sexual va de la mano con la ausencia de orgasmo:

“Ah!, puede ser...que no tener orgasmo haga que pierda ese interés, porque no lo disfruto pues...ah!, la verdad me siento muy aburrida...con mi vida sexual” (Lila)

El concepto de sí misma que tiene la mujer puede girar en torno a su incapacidad sexual, se percibe en desventaja, con sentimientos de devaluación e inseguridad, determinando en gran

medida sus relaciones afectivas³. A continuación, las mujeres atribuyen su problema sexual a la capacidad que tienen para llegar a las diferentes fases de la respuesta sexual:

“Puede ser también que yo me demore porque hay algunos que se demoran...yo creo que más es el problema en mí” (Cecilia)

“No sé de repente es la capacidad de una mujer, de repente alguna mujer sentirá el orgasmo más rápido y otras no” (Lila)

“Algo me demoro, bastante y cuando él llega ya pues, pero mi esposo llega no tan rápido ¿sí?” (Bertha)

“Sí, desde que he tenido mis enamorados, hasta para darle un beso...desde ahí viene ese... no sé, rechazo o sea no tengo ganas de estar abrazándolo, jalarlo de la mano. Digo ‘¿por qué me pasará eso?, media rara soy’, me digo” (Irma)

7.2. Relacionadas a su pareja

De la exploración se observó que una de las razones atribuidas a la alteración de la respuesta sexual de la mujer es la pronta eyaculación de la pareja durante el acto sexual, a pesar de que las mujeres entienden el problema de sus parejas se ven en desventaja para llegar al orgasmo, repercute también en su deseo sexual. De igual manera López- Olmos (2008), menciona que los problemas sexuales de la pareja afectan directamente a la función sexual de la mujer⁸. A continuación se ilustran algunos ejemplos de esta causa:

“El hombre termina más rápido que la mujer ¿no? y a veces es así porque según me acuerdo de la academia, una parte, el hombre es una de las personas que se excita más rápido ¿no? y a veces tiene problemas con la mujer porque los hombres no llegan a satisfacer a la mujer porque él llega más rápido al orgasmo que la mujer, entonces yo lo entiendo, sí pasa eso a veces ¿entiendes?” (Antonela)

“...que mayormente él es el que termina y yo me quedo así, a veces estoy ya casi y mi esposo me gana y en eso nos quedamos...” (Fiorela)

“O sea ya no me da ganas de pedirle... porque sé que él no me va a poder satisfacer como debe ser, mejor no, ¿para qué? ... no es pleno porque él termina rápido” (Petronila)

Cabe mencionar que el tiempo que le dedican los varones a sus trabajos es tanto que llegan cansados o tarde, lo que hace menos posible el encuentro sexual con la pareja. A continuación se ilustran algunos ejemplos:

“Él me dice el trabajo, el cansancio” (Ofelia)

“Él también me dice: “pero estoy cansado, yo también llego y te encuentro descansando”... ya no es como antes pues ¿no”? (Fiorela)

7.3. Debido a la Relación interpersonal con la Pareja

Se encontró que la **relación de pareja disfuncional** es una de las razones que tiene que ver con la disfunción sexual femenina, pues de la exploración se develó que las mujeres que conviven con sus parejas en un ambiente de desconfianza, poca comunicación y presencia de resentimientos, les impide llevar una vida sexual satisfactoria o como ellas quisieran. Asimismo, López- Olmos (2008) menciona que la libido se ve afectada más por los sentimientos por la pareja que por las hormonas⁸. De igual manera Sánchez Bravo y cols. (2010), refieren que en la relación con la pareja hay barreras en la interacción, lo que obstaculiza la intimidad, y estas son principalmente por temor y rabia, con sentimientos que van de la necesidad al odio¹⁵. Los siguientes testimonios reflejan las razones de disfunción sexual en la mujer debidas a la Relación interpersonal con la pareja:

“Será pues la convivencia, por los problemas que a veces hay, a veces hay resentimiento...al principio bien, pero ya poco a poco, como que ya... ya ha cambiado la relación y el saca cara por su familia entonces como que eso me, me está apagando a mí en ese aspecto, no de mi vida...estos últimos años han habido ya muchos problemas, yo relaciono eso, o sea ya como lo que había antes ha disminuido...sí, eso ha habido...o sea siempre han habido cachetadas y al otro día disculpas y vamos al cine y yo le he acostumbrado.. Hasta que hubo un golpe más fuerte que hubo un golpe más fuerte que me moreteó la cara y yo tuve que poner denuncia... y de ahí paró, como pareja sí, sí fallo... de no apoyarme y de infidelidad...eso ya más o menos lo intuía, hace ya dos años que venía viendo cositas, pero ya el año pasado recopile varias cositas, ahí discutimos todo... eso fue la gota que derramó el vaso...agarré mis maletas y me fui... donde mi

hermano con mis hijos... tuve que regresar a la semana por el colegio de mis hijos, nos quedaba lejos... a raíz de eso alquilamos este lugar...dos, a tres meses no tuvimos intimidad, después conversando él me decía que estaba loca... se puso como un ángel pues y me dijo que yo siempre iba a ser su mujer que él quería estar bien y tanta cosa ya pues accedí... aunque hasta ahora lo niega... , lo comprendí a medias...perdonar al 100% no! porque duele pues...estoy por mis hijos...amor poco diría yo , más es mi resentimiento ...ya como que cambió todo” (Marcia)

“El problema en mi vida sexual es que no hay comunicación, no hay tanto deseo, para mí ya es normal. Esa necesidad de que tienes que sentir ya no” (Ofelia)

“Lo único que tengo problema es con él, él comienza a gritar que sí que se va a ir con otra persona...tiene un hijo con otra mujer... antes sabía su clave y coqueteaba con una chica por internet... con él estamos peleados ahorita, un día me intento pegar yo lo denuncie y por eso pues...” (Lupe)

“La convivencia no es igual, no hay comprensión, no hay comunicación, no hay una fluidez de palabra, ya no hay un complemento pues no nos complementamos como pareja...a raíz de ese problema ya ni comenzamos a llevarnos bien, comenzamos a pelear a discutir, todo era agresión, todo era insultos verbales , pero hemos tratado de sobrellevar las cosas pero no, no se puede... no hay un sentimiento como se decía antes ,ya no hay el mismo afecto , el mismo cariño de antes, ya no se siente lo mismo” (Margarita)

Otra de las razones atribuidas por la mujer a su condición sexual es la **rutina**, “hacer lo mismo siempre”, que hace que a las mujeres ya no les llame la atención mantener relaciones sexuales con sus esposos, generando en ellas aburrimiento. En algunas ocasiones la demanda sexual de parte de la pareja provoca también esta situación. A continuación se ilustra lo mencionado:

“No me llama la atención, será rutinario... A veces porque estoy cansada no sé. Por lo mismo que no siento las ganas de hacerlo por eso, un poco por la rutina” (Juanita)

“Me aburre cuando a veces me abraza, no sé... de repente la rutina debe ser, debe ser la rutina hacer lo mismo” (Lila)

“A veces la rutina ya también aburre creo. ‘Te deseo’ en el carro está pensando, ‘te pones linda bombón’ siempre me dice eso... Puede ser, si por él fuera tendría todos los días, quiere tener

todos los días. Yo estoy esperando a mi esposo que venga a la casa para apapacharlo, pero él no, él está pensando pues ¿sí? así como es fastidioso tiene sus ocurrencias también” (Bertha)

7.4.- Factores externos

La **falta de privacidad** constituye uno de las razones que impide tener una adecuada relación sexual con la pareja debido a la presencia de los hijos pequeños, condiciones relacionadas al espacio donde habitan y a la convivencia con inquilinos o familiares. Esta situación implica que la mujer se limite en su expresión sexual y genere en ella sentimientos de vergüenza. De los testimonios se puede apreciar lo mencionado:

“Hay veces en que yo también quiero estar con mi esposo, no puede porque mi hija está ahí durmiendo. Se desespera, al toque siente esta niña. Porque como te comenté tengo vergüenza, temor a que mi hija...duerme conmigo y me da vergüenza pues que también despierte y me vea ‘Dios’. Conmigo duerme mi hija desde bebé, ha dormido conmigo y mi esposo, se pone celoso, a veces se pega a mí también...Eso pasó desde que tuve mi hija, que mayormente él es el que termina y yo me quedo así mm (risas) y eso mayormente pasa” (Fiorela)

“Esta es la casa de mi papá, mi cuarto está atrás, acá vive mi hermana y su familia con mi papá y mis dos hermanos, es algo un poco vergonzoso, antes vivíamos en el cuarto de acá, los tres, hasta que mi esposo quiso hacer la parte de atrás, más grandecito pues ¿sí? Sobre todo para tener algo íntimo ¿sí? Tomaba su desayuno aparte...” (Bertha)

“Como te digo como yo limito eso de las relaciones sexuales, al saber que al costado de nosotros hay una pareja que nos están escuchando quizá por eso debe ser que a veces tengo y otras no(orgasmo), quizá el vivir ahí me está cohibiendo al momento de las relaciones” (Graciela)

Con respecto al **horario de las relaciones sexuales**, la mujer lo considera como otra de las razones de disfunción sexual al coincidir las necesidades sexuales con la necesidad de dormir. En el siguiente testimonio se puede apreciar que cuando la mujer tiene relaciones sexuales durante la madrugada tiene sueño lo cual repercute en su deseo sexual, como se observa a continuación:

“No sé, ¡no! yo pienso que como es de madrugada...es que como él se levanta a las cinco de la mañana él ya está despierto a esas horas” (Juanita)

7.5 Debido a prácticas sexuales

Las **nuevas prácticas sexuales** representan para las mujeres otra de las razones de su alteración sexual ya que mantener relaciones sexuales en ambientes diferentes a la habitación, la cama y practicar relaciones contra natura (sexo anal), las hace sentirse incómodas y disgustadas. Ellas manifestaron no estar acostumbradas a estas prácticas sexuales que sus parejas las consideran como normales, saliendo a relucir prejuicios en este ámbito. Esta situación provoca que las mujeres ya no deseen la intimidad con sus esposos. Con respecto a lo encontrado, Hernández Martínez (2011), refiere que solo los esposos deciden cuándo y cómo tener relaciones sexuales y que ellos nunca les preguntan a sus esposas si están de acuerdo o no, lo que indicaría una inequidad de género presente en las relaciones sexuales⁴⁵. Los siguientes testimonios muestran lo mencionado:

“No sé, siempre he sido una chica como que muy conservadora. Cuando él va a bañarse él quiere tener intimidad pero yo no. Él mismo decía eso, que quería tener intimidad ¿no? como cualquier hombre creo. A veces no le digo nada... Con mi esposo es diferente ¿no? como...la silla, el piso y debiera ser más emocionante ¿no? bueno para mí es algo nuevo. Si yo me pongo algo bonito es para él cuando él me lo pide y a veces hasta de mala ganas me lo pongo” (Bertha)

“Ah sí, él quiere que hagamos anal, sí lo hemos hecho una o dos veces. No, a mí me incomoda, no me gusta, hay personas que sí, pero no, por atrás no, no me gusta” (Irma)

El **coito interrumpido** es una de las prácticas sexuales que continúan siendo utilizadas por las mujeres y sus parejas para evitar un embarazo no deseado. De la exploración se encontró que esta práctica dificulta la obtención del orgasmo en la mujer y hace que sienta menos placer. El siguiente relato habla sobre la influencia que tiene el coito interrumpido en las relaciones sexuales:

*“Cuando hay coito interrumpido es diferente, tú sientes más cuando el coito eyacula en ti”
(Graciela)*

8. Repercusiones de la disfunción sexual femenina

Esta categoría incluye a todos aquellos hechos o acontecimientos que se derivan o resultan del fenómeno estudiado. De nuestra exploración se encontró que estas consecuencias se presentan

a nivel afectivo, nivel cognitivo y nivel conductual. El nivel afectivo involucra a todas aquellas experiencias afectivas que surgen en la mujer a consecuencia de la disfunción sexual tales como estados de ánimo, emociones o sentimientos. En el nivel cognitivo se consideran a los pensamientos que surgen de la mujer a partir de su condición. El nivel conductual⁷⁶ corresponde a todas aquellas acciones realizadas por la mujer a consecuencia de la disfunción sexual femenina que presenta. Por otro lado, de la exploración se encontraron consecuencias a nivel personal y a nivel de pareja. La exploración no develó consecuencias a nivel familiar. A continuación exploraremos cada una de las consecuencias surgidas a partir de la presencia del fenómeno estudiado.

8.1 Personales

A nivel personal las consecuencias que se encontraron fueron en los tres niveles mencionados y definidos anteriormente: nivel cognitivo, nivel conductual y nivel afectivo.

- A nivel afectivo

De acuerdo a la exploración se observó que entre las experiencias afectivas frecuentes en las mujeres se encuentra el **temor**. Este es experimentado por la mujer debido al miedo que surge en ella al pensar que en algún momento pueda recibir reproches de parte de su pareja a causa de la poca motivación sexual que presenta. Por otro lado, es también debido al miedo de expresar lo que sucede con ella. Y en otros casos al pensar que su pareja le pueda ser infiel debido a las discusiones que se presentan alrededor de su vida sexual en pareja. A continuación lo relatos de las señoras Antonela, Margarita y Bertha nos ilustra lo mencionado:

“De repente puede haber un reproche como pareja o que me pueda decir ‘que tú siempre estás cansada’ por ese lado no” (Antonela)

“No!, no!, no! por qué no sé, siento un poquito de temor de decirle...” (Margarita)

“A veces no nos hablamos dos días y se resiente ya pues, me da la espalda, eso de verdad yo tengo miedo pues ¿sí? Ocurren las infidelidades. Que esté pensando pues ¿sí?, que tenga un temor” (Bertha)

La **preocupación** es otra de las experiencias afectivas más frecuentes en la mujer. Por otro lado, esta suele presentarse con el miedo o temor. Este sentimiento se da principalmente ante el tema de la infidelidad de la pareja ya que la mujer siente que al ser madre la importancia y dedicación que le brinda a su vida sexual queda relegada. A continuación el testimonio de la señora Fiorela nos ilustra este sentir:

“La verdad, a veces a uno preocupa como mujer porque yo pienso que mi esposo puede estar de repente...a veces me pongo a pensar que si aparece por ahí una chica bien cariñosa y uy! eso también me preocupa, ni creas que para mí es feliz, no. Ahorita todo lo veo mi hija, no estoy tanto... en tener relaciones o estar buscando eso, yo sé que a veces...y me dicen: no vaya a ser que este mirando por ahí a una en faldita, pero bueno yo tampoco puedo decir: mi esposito es tranquilito, de repente...nadie nunca sabe ¿sí o no? Yo prefiero que mi esposo se masturbe a que este con otra mujer” (Fiorela)

La mujer suele también experimentar **culpabilidad** por el malestar que le ocasiona el no poder corresponder por completo a la pareja y sentir que esto va en desmedro de su calidad de vida. Además, la mujer se autocrítica y se hace responsable de la calidad de su vida sexual. Es decir, la mujer se preocupa más por las consecuencias de la alteración de su respuesta sexual en su pareja que de las repercusiones que pueda traer para ella misma. A continuación las citas de los testimonios de las señoras María, Juanita y Soraya nos ilustra lo explorado:

“Yo me siento mal, yo me siento incómoda al no poder cumplir tal vez a mi esposo no, como él quiere a veces...” (María)

“No me siento muy bien porque como digo que no le correspondo mucho a él me siento un poco incómoda estar viviendo así” (Juanita)

“Porque sentía que no había esa misma comunicación, porque sentía que yo era la culpable de eso, y no debe estar pasando” (Soraya)

Otro de los sentimientos presentes en la mujer es la **vergüenza**. Cuando estamos invadidos por ella nos sentimos distintos, incómodos, fuera de lugar y desmarcamos del canon “socialmente” correcto. La vergüenza es un sentimiento que influye en nuestra conducta; inhibiéndola. Nos conlleva al ocultamiento social de sí mismo⁷⁷. De acuerdo a estas ideas, de la exploración podemos observar que la vergüenza hace sentir a la mujer como diferente. La mujer siente

vergüenza principalmente de hablar o comentar su condición ya sea con su esposo o con su círculo de amistades. El relato de las señoras Margarita y Petronila nos ilustra estos resultados:

“Siento vergüenza de decirle...” (Margarita)

“Cuando conversamos con mis amigas... ahí me doy cuenta de que es diferente en mí... y yo me quedo callada no opino porque me da vergüenza” (Petronila)

“No me siento muy bien porque como digo que no le correspondo mucho a él, me siento un poco incómoda estar viviendo así un poco me fastidia a mí por lo que no le puedo hacer lo que él quiere” (Juanita)

- A nivel cognitivo

A este nivel se puede observar principalmente que la mujer suele ***pensar en infidelidad*** asociada a una poca satisfacción en la pareja debido a la poca disposición que presenta ella por las relaciones sexuales. Además, podemos añadir que este tipo de pensamientos funcionan como una retroalimentación negativa hacia las relaciones sexuales. Es decir, la alteración en la respuesta sexual en la mujer contribuye a disminuir su motivación sexual y esta a su vez aumenta el desinterés y la poca importancia que le daría la mujer a la calidad de su vida sexual. Además, también se presentan en la mujer ***pensamientos de posibles separaciones*** a consecuencia del trastorno sexual que presenta. El testimonio de las señoras Ofelia y Juanita nos ilustran lo descrito:

“...que no le tome tanta importancia a las relaciones sexuales” (Ofelia)

“Si sigue así podría traer la consecuencia de que nos separemos o que él vaya y lo que no encuentre lo busque en otro lado” (Juanita)

- A nivel conductual

A nivel conductual se encontró que la mujer a consecuencia del fenómeno que presenta puede ver alterado su estado de ánimo de tal forma que presente ***cambios de humor***. Cabe resaltar que estos cambios a raíz de la disfunción sexual no son muy frecuentes, pero que también se pueden presentar en la mujer, como se refleja a continuación en el relato de la señora Lila:

“Este... a veces tengo un mal temperamento, todo me irrita no!, reniego...” (Lila)

Por otro lado y para terminar de referirnos a las consecuencias a nivel personal, mencionaremos que un grupo considerable de las mujeres entrevistadas, poco más de la mitad, refirieron no tener consecuencias a este nivel y además la exploración no dejó al descubierto consecuencia alguna, como lo refleja el comentario de la señora Marcia en la siguiente cita:

“No, yo soy igual. No, normal, ahorita está bien” (Marcia)

8.2 De pareja

Las consecuencias a nivel de pareja son todas aquellas que involucren tanto a la pareja como aquellas que repercuten a la relación de pareja en su conjunto.

- A nivel afectivo

Entre las consecuencias a nivel afectivo se observó principalmente a raíz del fenómeno estudiado la presencia de **discomfort en la pareja** reflejado en *resentimiento* que *el hombre* siente de forma ocasional cuando la mujer muestra poco interés o deseo a tener un encuentro sexual. El testimonio de la señora Bertha nos enmarca en esta experiencia afectiva frecuente presentada en el hombre a consecuencia del fenómeno estudiado:

“Él lo único que va a decir es ‘tú no me quieres’, se siente mal.... que se resienta, a veces dos días no nos hablamos” (Bertha)

Otras de las experiencias afectivas presentes es que *la pareja puede sentir* en ocasiones **malestar o incomodidad** al ver que la mujer no responde de la manera como a él le gustaría. El relato de la señora nos refleja lo mencionado:

“Sí, sí se molesta” (Margarita)

En otros casos, *el varón* puede asumir algún tipo de responsabilidad por la respuesta sexual de la mujer o **sentirse mal** por ello. El relato de la señora Cecilia nos expresa lo señalado:

“Y a veces él se siente mal por eso” (Cecilia)

- A nivel cognitivo

En este nivel se observó que la mujer **resta importancia a la relación de pareja** y la percepción que se formula en ella, de su situación a partir de la alteración sexual, es de ver su condición hasta cierto punto aceptable ya que termina por aceptar su vida sexual como algo “normal”. La siguiente cita nos refleja lo descrito:

“Claro, no hay tanto deseo ni la necesidad de que él esté cerca de mí, nada, para mí ya es normal. Yo soy más madre que mujer, yo me entrego más a mis hijos” (Ofelia)

- A nivel conductual

La exploración muestra que una de las consecuencias encontradas alrededor de la disfunción sexual es el **distanciamiento**, el cual se puede generar a partir de la mujer o manifestarse también de parte de la pareja. En la mujer, el distanciamiento es una forma de afrontar su condición viendo en esta, una salida perfecta, al encontrarse poco dispuesta para las relaciones sexuales. En el caso del hombre, el distanciamiento se genera al percibir la falta de interés sexual de parte de la mujer. A continuación los relatos de las señoras Lila y Juanita nos reflejan lo mencionado:

“No, no me hace reproches, a veces lo mando a dormir a él con sus hijos y yo duermo sola, cuando estoy cansada, pero si bien está perjudicando mi relación de pareja...” (Lila)

“Él me pregunta por qué soy así...cuando lo veo a él que está así inquieto se distancia un poco cuando yo no quiero tener relaciones sexuales, yo lo busco y le digo que no se moleste...Las discusiones, me pongo a discutir con él ¿no? O sea él siempre trata de guardar calma” (Juanita)

Otra consecuencia mencionada por las mujeres entrevistadas son las **discusiones** generadas principalmente por la falta de deseo en la mujer. A continuación el relato de la señora Bertha nos ilustra lo mencionado:

“A veces discutimos, él lo único que hace es molestar, meterse a la cama y ya no me quiere hablar” (Bertha)

Además, las mujeres perciben que estas discusiones afectan la comunicación y su relación de pareja en general. También se observa que estas discusiones son muchas veces generadas por la mujer al hombre a consecuencias de sus inseguridades en el aspecto sexual. Las siguientes citas, de las señoras Soraya y Cecilia, nos reflejan las ideas descritas:

“Yo le digo ‘te pasa algo’ y me decía ‘no, no me pasa nada, estoy bien’... ‘ya pero vas haciendo esto...’ como que cambian algunas cosas. De un momento a otro he cambiado entonces eso como que le afecta pues” (Soraya)

“Yo le digo ‘o sea que tú no estás contento conmigo entonces... ¿tú qué piensas, has pensado buscar a otra mujer?’” (Cecilia)

También aparecen los **reclamos** de parte del hombre hacia la mujer. El varón bien podría responder con el distanciamiento o por el contrario con reclamos o reproches hacia la mujer. Estos reclamos del hombre se deben al percibir en la mujer una inadecuada respuesta sexual o la frustración que se puede generar en él a partir de esta. El relato de la señora Lupe nos refleja lo descrito:

“Él quiere que yo me vacee, pero yo no puedo, y más lo que reniega él, mejor que se vacee él, siempre discutimos a veces por eso...el, sí, me reclama” (Lupe)

Los reclamos también giran alrededor de la percepción que tiene el hombre sobre la poca o nula iniciativa sexual en la mujer. El relato de la señora Soraya nos muestra lo relatado:

*“Jamás, desde el día que hemos estado, es que tú vengas o me digas amor...y me hagas un cariño o me insinúes o que quieras empezar, yo siempre tengo que ir... ¿por qué las mujeres...? no es nada de malo’, pero le digo que no pues yo no soy así”
(Soraya)*

Se observa que ante estos reclamos, por lo general, la mujer busca un pretexto para evitar hablar del tema, en otros casos niega su condición o la considera una característica propia de ella. O por el contrario en otros casos, **dialoga con su pareja** y busca en ella un apoyo o soporte emocional necesarios para superar sus problemas. Los relatos de las señoras Bertha y Cecilia nos ilustran, respectivamente, estas dos actitudes ante el reclamo del hombre:

“A veces me reclama y me dice ‘¿qué tienes? ¿Por qué no me deseas?’ como cualquier hombre creo y a veces me reclama... ‘tengo dolor de cabeza’, así hago mi pretexto...” (Bertha)

“Él dice ‘ya me cansé de buscarte, me cansé de yo darle iniciativa para estar y a ti como si no te interesara, como si tú no quisieras estar conmigo’. A veces le digo ‘entiéndeme, es que no sé, yo no era así contigo, no sé por qué soy así’ me dice ‘¿por qué te has vuelto así?, ¿tú sabes que muchas parejas por este tema del sexo terminan?’ ‘Ayúdame’ le digo” (Cecilia)

Otra de las consecuencias encontradas es aquella referida a las **advertencias** que se dan de forma indirecta en la conversación entre la el hombre y mujer, como se refleja en el siguiente testimonio:

“Yo le digo ‘ten cuidado, cuando vas a esos lugares, llévate triple’ le digo así, ‘si lo vas a hacer hazlo bien lejitos cosa que yo no me entere’...él se ríe ‘ay, pensando en tonterías estás’, yo le digo pues ‘nunca le des el número de tu celular a la otra, sepa hacerlo bien’ le digo, ‘ah que ¿tú no le das?’ me dice, ‘sí, yo no le doy, ¿para qué? Jajaja’ me bromeo con él” (Fiorela)

Además, otra de las consecuencias a nivel de pareja fue que ante la disminución del deseo sexual de la mujer, el deseo sexual de su pareja puede verse aumentada. A continuación los relatos de las señoras Irma y Bertha nos ilustran lo mencionado:

“Ay no mi esposo le gusta tener relacione sexuales casi a diario” (Irma)

“Puede ser, si por él fuera tendría todos los días, quiere tener todos los días...Con tal de estar juntos y estar así no me hace falta tener relaciones sexuales con mi esposo, sino que él sí pues, yo puedo compartir con él todo un día, con tal que me bese, me abrace suficiente pero siempre él quiere ¿no?” (Bertha)

Por último, se observó que existe un grupo de las mujeres entrevistadas, que de igual manera que las consecuencias mostradas a nivel personal, refirieron **no presentar consecuencia alguna** a nivel de pareja. A continuación, los testimonios de las señoras María y Marcia nos reflejan lo descrito:

“¿De pareja?, no” (María)

“Bueno él a mí, no me ha dicho nada, no me ha reclamado nada” (Marcia)

9. Motivaciones en la vida de la mujer con disfunción sexual

Las motivaciones reflejan el impulso que lleva a la mujer a actuar de determinada manera, es decir, da origen a un comportamiento en específico⁷⁸. Maslow (1943), propone su teoría de la motivación humana por jerarquía de necesidades que se modelan en categorías⁷⁹. De la exploración se encontró que las motivaciones de las mujeres se manifiestan en tres necesidades las cuales son de seguridad, pertenencia y de autorrealización. Las necesidades de seguridad se refieren a sentirse seguro y protegido en el plano de la salud (integridad física) o económico⁷⁹. Necesidades de seguridad motivan a nuestras entrevistadas a tener una casa propia. Las necesidades de pertenencia están orientadas a superar los sentimientos de soledad y alienación⁷⁹, lo que explica lo manifestado por las mujeres quienes desean estar bien con su pareja, los hijos y tener una tranquilidad familiar. Las necesidades de auto-realización son las más elevadas y se hallan en la cima de la jerarquía; entendidas como la necesidad de una persona para ser y hacer lo que la persona "nació para hacer", es decir, es el cumplimiento del potencial personal a través de una actividad específica⁷⁹. Se evidencia cuando la mujer expresa querer salir adelante en sus estudios o en su trabajo. Esta clasificación permite entender las principales motivaciones inmersas en la exploración del fenómeno estudiado. Por otro lado, se encontró que de las motivaciones presentes en la mujer hay aquellas que impulsan o incentivan una mejor vida sexual en la mujer y en pareja y por otro lado también están aquellas que hacen que la mujer relegue el aspecto sexual en su vida ya que pone como prioridad otros aspectos.

9.1 Según las necesidades de autorrealización

- Querer salir adelante

Es una de las motivaciones que indudablemente buscamos todos los seres humanos en nuestra vida. Se trata de lograr ser lo que siempre hemos querido. Las mujeres de nuestro estudio ven sus vidas motivadas por el deseo de salir adelante en todos los aspectos de sus vidas: a nivel familiar, a nivel de estudios muchos de ellos desplazados o la idea de conseguir un trabajo. Además de esto la mujer también desea mejorar aspectos intrapersonales, como su carácter. El siguiente relato nos refleja lo mencionado:

“...pero por otro lado también como que extrañaba ese lado de estudiar y trabajar y aportar dinero a mi hogar, porque toda la vida yo he tenido...” (Soraya)

9.2 Según las necesidades de pertenencia

- Estar bien con su pareja

Otra de las motivaciones presentes en la mujer está el llevarse bien con la pareja, volver a ser los de antes, volver a sentir esa alegría y emoción. Por otro lado percibe que mejorando la comunicación con su pareja mejorada la estabilidad de su relación marital.

- El bienestar de los hijos

Una de las principales motivaciones encontradas en la mujer es mantener el bienestar de los hijos. Esto puede significar en algunas mujeres realizar importantes sacrificios en el ámbito personal y laboral sobre todo cuando hay presencia de hijos pequeños o con alguna incapacidad de vida que los haga totalmente dependientes de la madre. Por el contrario, cuando el número de hijos es reducido la mujer, sobre todo por el ritmo de vida actual, puede realizar otro tipo de actividades como el de trabajar y poder aportar a su hogar o en búsqueda de una independencia económica. A continuación del testimonio de la señora Antonela se refleja esta motivación en la mujer:

“Le digo a mi mamá que tengo que ser responsable, no la puedo abandonar. Yo la estoy criando independiente a mi hija. Yo acomodo mis horarios, si no puedo no abro el curso” (Antonela)

“Yo me entrego más a mis hijos” (Ofelia)

“Una prioridad es mi pequeña” (Juanita)

- La tranquilidad familiar

Este tipo de motivaciones se encuentran en la mujer principalmente cuando ha habido ruptura de fidelidad en la pareja o cuando no se cuenta con un hogar propio. La tranquilidad familiar se hace prioritaria por el bien de los miembros del hogar. La mujer trata de sobrellevar los

problemas con su pareja y ha perdonado diversas situaciones suscitadas en su vida marital con la finalidad de que mantenga los lazos y la tranquilidad a nivel familiar.

9.3. Según las necesidades de seguridad

- Tener una casa propia

Existe en la mujer la necesidad que la motiva a desarrollar su identidad dentro de un territorio. La mujer desea un espacio en el cual sentirse cómoda, con la libertad y privacidad de poder realizar sus actividades. Esta motivación es relevante en aquellas mujeres que ante diversos motivos conviven con la familia de la pareja o la suya. Es en esta situación que la mujer ve mermado muchos aspectos importantes de su vida marital y dentro de esta el aspecto sexual. Por otro lado, a medida que los elementos de una familia crecen y maduran en su personalidad, se desarrollan las identidades de cada miembro, pudiendo aparecer conflictos entre ellos por competencia de espacio, fenómeno que puede complicarse aún más cuando en una vivienda habitan dos o más familias, como padres e hijos y donde la convivencia entre yernos, nueras, suegros puede alcanzar tintes dramáticos. Es por esto que a la mujer la motiva también la necesidad de un hogar propio donde asentar su vida familiar:

“Primero queremos tener nuestra casa propia para tener nuestro segundo bebe” (Fiorela)

10. Temores en la vida de la mujer con disfunción sexual

Al explorar la realidad existente alrededor del fenómeno en estudio sale a relucir esta categoría que está referida a los temores presentes en la vida de la mujer, entendiéndose el temor como la presencia de una emoción dolorosa, excitada por la proximidad de un peligro, real o imaginario, y acompañada por un vivo deseo de evitarlo y de escapar de la amenaza⁸⁰. La conducta de la mujer y sus actitudes ante la vida están condicionadas en gran medida por estos temores que brotan de su interior en diversos grados. De nuestra exploración, se develaron temores *relacionados a la salud sexual y reproductiva* como el temor a salir embarazada o temor a una infección de transmisión sexual, temores presentes *durante el acto sexual* como el temor a ser vista o temor al dolor y aquellos *relacionados a la estabilidad de la relación de pareja* como el temor a pelearse con el esposo, a la infidelidad o de ser abandonada por él. Por otro lado, hay que resaltar que dependiendo del grado o intensidad en que se presenten estos temores

influirán de manera importante o no en la vida sexual de la mujer. A continuación exploraremos cada una de los temores hallados.

10.1 Temores relacionados a la salud sexual y reproductiva

El concepto de salud reproductiva usado en la actualidad por el Ministerio de Salud abarca la capacidad de las personas para tener una vida sexual, segura y satisfactoria para reproducirse. Sin embargo, cuando la salud reproductiva de la mujer se tiñe de emociones tales como el miedo o temor e inseguridad estos pueden llegar a influir de manera importante en su libertad de procrear. En cuanto a la salud sexual definida específicamente como la capacidad de la mujer de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos⁸¹ también se puede ver alterada por este tipo de experiencias afectivas. En relación a la salud sexual y reproductiva se encontraron principalmente el temor a salir embarazada y a contraer alguna infección de transmisión sexual exploradas a continuación:

- Temor a salir embarazada

Dentro de este temor la mujer tiene miedo de quedar embarazada a causa de saber que ningún método anticonceptivo es cien por ciento efectivo. Por otro lado, a esto también se suma las creencias, ideas o mitos que se manejan a nivel social o cultural en relación a la efectividad de los métodos de planificación familiar y que aumenta su temor a salir embarazada. Este temor también se ve alimentado por la razón de contar con un número de hijos que consideran los que pueden educar o en otros casos las mujeres desean superarse a nivel personal en un futuro cercano y consideran que con la llegada de un nuevo hijo a sus vidas, esta idea se hará difícil de concretar para ellas. A continuación mostramos algunos testimonios que ilustran lo mencionado:

“Antes no me cuidaba con ningún método, ahora sí tengo miedo de salir embarazada” (Soraya)

“En sí ahorita yo no quiero tener otro hijito y no vaya a ser que me escape, es el miedo que tengo porque muchas veces he escuchado que ningún anticonceptivo es cien por ciento seguro y tengo miedo que en una de esas así me esté cuidando porque han salido embarazadas ah!” (Fiorela)

En otros casos, las mujeres ante el miedo de salir embarazada y que a pesar de usar un método anticonceptivo de forma regular, hacen uso de prácticas sexuales como el coito interrumpido ya que queda en ellas la duda de la efectividad del método que usan y tienen la percepción que con

este tipo de prácticas se protegen mejor. En algunos casos las mujeres ven en el uso de estas prácticas sexuales un impedimento para poder concretar un orgasmo o tener el tiempo suficiente para sentirlo, a pesar de ello prima en ellas el temor de quedar embarazadas sobre su satisfacción sexual. Se puede observar como los temores presentes en la mujer repercuten en la vida sexual e influyen en su comportamiento. A continuación el siguiente testimonio nos refleja lo mencionado:

“Él terminó afuera... y alguna vez me han dicho que el anticonceptivo no son cien por ciento seguros...” (Ofelia)

- Temor a una infección de transmisión sexual

En relación a los temores generados por el miedo a contraer una infección de transmisión sexual Zorozabal (2009), señala que entre las causas psicológicas de vaginismo se encuentran aquellas relacionadas al temor a contraer infecciones de transmisión sexual¹⁹. Como ya se había mencionado en la categoría de acto sexual, este temor representa uno de los sentimientos experimentados por la mujer durante el acto sexual. El temor a contraer una infección de transmisión sexual también repercute en la función sexual de la mujer, al verse afectada principalmente a nivel de su motivación sexual. A continuación se refleja lo explorado en el testimonio de la señora Antonela:

“Enfermedades de transmisión sexual, me dan bastante miedo porque a veces se ven tantas cosas que imagínese que tú confíes tanto en tu pareja y de ahí ¿no? Que tú te enteres que te han engañado, cuando me pongo a pensar también me siento mal” (Antonela)

10.2 Relacionados al acto sexual

En cuanto a los temores relacionados al acto sexual propiamente dicho, Sánchez y cols. (2009), concluyeron que los temores en la respuesta sexual de las mujeres se deben al miedo al embarazo, a no alcanzar el orgasmo o a no responder debidamente a las expectativas del otro, así el temor es una limitante importante para obtener una respuesta sexual adecuada⁴⁶. De la exploración se develó que el miedo generado por distintas circunstancias o aspectos relacionados al acto sexual crea inhibiciones u obstaculizan el camino hacia un desempeño sexual pleno y satisfactorio, enmarcados como disfunciones sexuales de tipo situacional. No se mencionaron temores relacionados a no alcanzar orgasmo, pero si frustración a consecuencia de

ello. En la exploración se develó que en las mujeres primaron los temores relacionados a ser vista durante el acto sexual y el temor al dolor sexual, analizados a continuación:

- Temor a ser vista durante el acto sexual

Dentro de estos temores se encontraron aquellos relacionados a una inadecuada privacidad del lugar donde se mantienen las relaciones sexuales. Se encontró que en todos los casos en los cuales existía este tipo de temor, la falta de privacidad era una constante en la vida de la pareja, repercutiendo de forma importante en la atención de la mujer durante el acto sexual ya que esta tiende a focalizarse con exclusividad en el estímulo temido que vendría a ser el miedo a ser vista por los hijos, familiares y en otros casos a ser escuchada en su expresión sexual. A continuación se refleja este tipo de temores y su repercusión a nivel sexual:

“Cuando están mis hijos, al menos mi hija mayor, más preocupada estoy de que se pueda levantar. Ahora la preocupación de que se pueda levantar mi bebe...no hay mucha privacidad”.

También se encontró el temor que siente la mujer a ser vista desnuda por la pareja durante el acto sexual ya que perciben su imagen corporal como no agradable para ellas y piensan que será de la misma forma para sus parejas. Este tipo de temores afecta principalmente la motivación y el interés sexual de la mujer como se ilustra en el siguiente testimonio:

“Ha disminuido ese interés... a parte porque no me gusta como estoy, porque he subido bastante de peso...” (Lila)

- Temor al dolor sexual

Este temor ha sido amplia y anteriormente explorado en la categoría de acto sexual, sin embargo, en esta sección se analiza la manera cómo repercute en la vida sexual de la mujer. El temor generado en la mujer producto del dolor coital afecta principalmente en su deseo sexual haciendo que este disminuya, asimismo en una exploración de la sexualidad femenina, se encontró que cerca de la mitad de mujeres con dispareunia señaló haber reducido el número de relaciones sexuales que ellas hubieran deseado tener, lo cual indicó cambios en la frecuencia de la actividad sexual⁹. Además, la penetración también se ve afectada por el miedo a sentir dolor impidiendo en algunas ocasiones continuar con el acto sexual.

Por otro lado, Sánchez y cols. (2010), al estudiar la dispareunia, encontraron temores sobre la sexualidad que estaban originados por el conflicto entre el deseo y la prohibición, lo que lleva a la incapacidad de ejercer satisfactoriamente su sexualidad, de lo que derivan temores secundarios al sentirse en desventaja en la interacción con el otro, que en gran medida determinan los conflictos en pareja¹⁶. En cuanto a esto, de la exploración se encontró que en la mujer no fue determinante la religión y educación familiar en la generación de conflictos relacionados al deseo y la prohibición sexual.

10.3 Relacionados a la estabilidad de la relación de pareja

Según Sánchez y cols. (2009), concluye que el deseo sexual hipoactivo está vinculado a un mal funcionamiento con la pareja, por lo que se convierte en un factor determinante para su tratamiento⁴⁶. Sánchez y cols. (2010) también evidenciaron que mujeres con dispareunia y vaginismo tienen problemas conyugales, sin embargo, estos factores pueden ser tanto un factor causal como un factor consecuente de la presencia de tales disfunciones, sin que se pueda determinar una direccionalidad¹⁵.

Por otro lado Carmona (2011) señala que las mujeres describen su vida sexual como un aspecto relevante para la calidad de la relación. Para ellas los problemas en este ámbito inciden de forma directa en el bienestar de la pareja y por lo tanto ponen la sexualidad como condición de la estabilidad de la pareja. El autor concluye que estas ideas presentes en la mujer podrían estar mostrando un mayor nivel de involucramiento tanto en términos de iniciativa como de disposición al encuentro sexual⁵⁶.

Algunas investigaciones coinciden en que existe una relación entre la estabilidad de pareja y algunas disfunciones sexuales en la mujer, sin estar de acuerdo en su direccionalidad^{15,46,56}. De nuestra exploración, se encontraron dos visiones en relación a este tema. La primera nos revela que la disfunción sexual femenina tiene como uno de sus factores causales a una relación de pareja disfuncional y la segunda visión nos habla de que ante la presencia de disfunción sexual, la mujer no cree estar en capacidad de satisfacer sexualmente a su pareja y es ahí donde aparecen en ellas una serie de miedos y temores que merman aún más su relación de pareja. Los temores encontrados fueron relacionados a crear conflicto con la pareja, temor a ser abandonada y el temor a infidelidad.

- Temor a crear conflicto con la pareja

De la exploración se encontró que algunas mujeres sienten temor de que su pobre motivación y poco deseo sexual puedan crear conflictos en su relación de pareja, que en algunos casos, se muestra como disfuncional, conflictiva, desgastada o vulnerable. Este tipo de temores no tiene influencia directa sobre la respuesta sexual de la mujer quien se siente en la obligación de complacer a su pareja aun sin deseos, lo cual afecta el disfrute de ambos. El siguiente testimonio refleja lo mencionado:

“A veces no estoy dispuesta pero como solamente por complacerlo... me siento cansada. Me dejo llevar...De repente puede haber un reproche como pareja o que me pueda decir ‘que tú siempre estás cansada’ por ese lado no” (Antonela)

- Temor a la infidelidad

El quebrantamiento de la fidelidad conyugal es otro de los grandes temores presentes en la mujer, generado a partir de la idea de no satisfacer sexualmente a la pareja. Este temor al igual que el temor a crear conflictos en la pareja, repercute de forma indirecta en la respuesta sexual de la mujer. A continuación se refleja este temor en los siguientes relatos:

“No me habla, me da la espalda y así pues eso de verdad a veces yo tengo miedo pues ¿sí? Entonces ocurren las infidelidades yo creo”.

“A veces me pongo a pensar que si aparece por ahí una chica bien cariñosa y uy eso también me preocupa, ni creas que para mí es feliz, no” (Fiorela)

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

Al concluir esta investigación y analizar la disfunción sexual femenina no orgánica de las mujeres adultas tempranas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé de Lima Metropolitana, utilizando una técnica cualitativa que nos permitiera profundizar en lo que significa para ellas sufrir de disfunción sexual femenina, llegamos a las siguientes consideraciones finales:

- El **significado de vivir con disfunción sexual femenina** se refleja como la experiencia de que algo en la mujer está mal, ella cree que es diferente a las demás mujeres, se siente inconforme con sus relaciones sexuales ya que no son como deberían de ser, se encuentra desconcertada al no saber cuál es la causa de su problema. Por otro lado, sienten que necesitan ayuda, consideran que debe haber un cambio de parte de ellas o de sus parejas, lo consideran como un problema en sus vidas, han buscado o están buscando ayuda profesional y consideran que esto las va a ayudar.

Sin embargo, algunas mujeres no perciben a la disfunción sexual como un problema, ya que no le dan importancia, no es una prioridad en sus vidas, no les gusta las relaciones sexuales, tienen una actitud pasiva, prefieren el papel de madre antes que el de mujer, se conforman o aceptan su situación, no están buscando una solución, además se sienten comprendidas y no presionadas por sus parejas o simplemente no hablan del tema. Han terminado considerándolo como algo normal y tratan de sobrellevar su situación. El significado de la disfunción sexual femenina se ve influenciado por el contexto sociocultural en donde vive la mujer, la variedad de conceptos que tiene sobre la salud-enfermedad y las motivaciones o prioridades en su vida. La percepción valorativa que le da la mujer a la disfunción sexual es que esta es una condición no normal que requiere ayuda, mas no es internalizada completamente como una enfermedad.

- Entre las **vivencias expresadas por las mujeres con disfunción sexual de origen no orgánico** se encuentran las de su niñez, donde se encontró que pertenecieron a familias troncales, trocales extendidas y monoparentales. Las mujeres cuyas madres fueron distantes, poco cariñosas o amorosas y restrictivas se caracterizaron por presentar durante la niñez sentimientos de tristeza, baja autoestima, rebeldía, desconfianza y vergüenza. Estos coinciden con rasgos de estilos de apego inseguro. Contrariamente, las mujeres que

recibieron cariño, amor y cuidados necesarios de sus madres se caracterizaron por presentar representaciones internas positivas de sí mismas, lo cual concuerda con un perfil de estilo de apego seguro. Estos estilos de apego de la niñez se mantendrían relativamente estables en la vida adulta de las mujeres. Con respecto a los hechos que marcaron sus vidas resaltaron la violación sexual, pérdida de un ser querido y antecedentes de alcoholismo familiar. La violación sexual generó en algún momento de su vida, rechazo y miedo a las relaciones sexuales por los recuerdos, más no se presentaron trastornos relacionados al dolor sexual como se esperaba. La pérdida de un ser querido y antecedentes de alcoholismo familiar influyeron en su estado emocional ocasionalmente, provocando tristeza y temor de volver a pasarlo.

En la vida cotidiana con su pareja, fue frecuente el discurso de una dinámica de pareja negativa caracterizada por conflictos, desconfianza y poca comunicación. Las adicciones de la pareja como la ludopatía y el alcoholismo perjudican la calidad de la vida marital de las mujeres. Las mujeres del estudio por lo general presentaron una baja autoestima. Los roles desempeñados por la pareja son los relacionados a los quehaceres en el hogar, el cuidado de los hijos y los roles como esposo(a). La expectativa que tiene la mujer acerca de su relación de pareja se presenta como negativa por considerar que sus problemas maritales persistirán a pesar de sus esfuerzos en el tiempo. Fueron pocas las mujeres que tenían una expectativa positiva de la relación con su pareja. La personalidad de las mujeres se mostró como retraída, silenciosa, irritable, confiada y sensible. Sus parejas mostraron ser sociables, suspicaces, testarudos, tranquilos, también sensibles. Fue más frecuente encontrar, entre las mujeres, estilos de apego inseguro que seguro. La mujer se mostró menos expresiva emocionalmente, poco comunicativa con la pareja y cuando lo hacía era de manera negativa. Cabe resaltar que la expresión emocional de la mujer se vio fuertemente influenciada por la expresividad de la pareja, la relación de pareja y los conflictos presentes.

Respecto a las vivencias relacionadas al acto sexual en la mujer con disfunción sexual, se develó que por lo general, el hombre busca de alguna u otra manera el inicio de este, tomando una actitud mucho más activa en comparación con la mujer. En muchas ocasiones la mujer no muestra la misma disposición que su pareja para el acto sexual. Por lo general, la mujer termina aceptando la proposición para evitar problemas con la pareja. La mujer da más importancia a la búsqueda de intimidad y privacidad que el hombre. La mayoría de las mujeres entrevistadas presentaron alteraciones en la fase del deseo sexual relacionada a una falta de motivación sexual, deterioro en la calidad de la relación de pareja, nuevos roles

como el ser madre, a factores contextuales como la falta de privacidad o por la insatisfacción sexual ante una pareja poco complaciente. A pesar de lo cual más de la mitad de ellas conservaron la capacidad de experimentar orgasmo. Pocas mujeres presentaron alteración en la excitación sexual. Se resalta una falta de excitación subjetiva así como ausencia o poca lubricación vaginal durante el acto sexual, relacionada a la falta del juego sexual previo a la búsqueda de la penetración. Fue frecuente el discurso de anorgasmia adquirida relacionada solamente al coito y no consideran otras formas al ignorar la infinita posibilidad del erotismo humano. En pocas ocasiones el hombre intenta ayudar a la mujer a conseguir el orgasmo. La dispareunia fue poco frecuente y se presentó al inicio de la penetración, pocos fueron durante la penetración y en ningún caso después de la misma.

En algunos casos se mencionó dispareunia crónica que se atribuye a la poca información sobre la función sexual normal, problemas en la dinámica de pareja, infidelidad de parte del varón y conflictos en la vida cotidiana, relacionadas principalmente a factores de tipo interpersonal. La disfunción se presenta por una combinación de elementos específicos de la vida cotidiana de la mujer que afecta su capacidad de afrontamiento.

Los sentimientos mencionados durante el acto sexual fueron el sentirse comprometidas a complacer a su pareja, sentimientos de inconformidad y de poco disfrute del acto sexual.

Sin embargo, algunas refirieron sentimientos agradables. La duración de las relaciones sexuales fue calificada como corta y rápida dependiendo del tiempo que le lleva al hombre eyacular. Para ellas este factor es importante y crucial para llegar al orgasmo, pues consideran que requieren más tiempo para conseguirlo, sin tomar en cuenta que la mayoría de veces la pareja no da el tiempo adecuado para estimularla. La satisfacción durante sus relaciones sexuales no fue siempre alcanzada y no dependió de la frecuencia. Pocas mujeres presentaron empoderamiento de su vida sexual.

- En las **razones atribuidas a la disfunción sexual por la mujer** encontramos cinco subcategorías: las mujeres se atribuían a ellas mismas la causa de su problema, relacionado a sus parejas, a la relación interpersonal con la pareja, a factores externos y a las prácticas sexuales. Como razones propias de la mujer resaltaron que su recargada labor y responsabilidad influyen en la aparición de la disfunción sexual. La condición de madre hacía que les dediquen más tiempo a sus hijos que a sus parejas, disminuyendo de esa manera su deseo sexual, así, el hecho de tener a cargo el trabajo en casa o fuera de ella se

encuentra como un principal desencadenante. El estado mental de las mujeres como tristeza, estrés, frustración o percepciones negativas de sí mismas influyó también en la aparición del problema. La desconcentración durante las relaciones sexuales, temor al dolor coital o su incapacidad de llegar fácilmente al orgasmo, hicieron indeseable la práctica sexual.

Las causas atribuidas a la pareja se relacionaron al cansancio físico por muchas horas de trabajo y a la eyaculación precoz. La tercera subcategoría trata de la relación de pareja disfuncional, provocado por un ambiente de desconfianza, poca comunicación y resentimiento que les impide llevar una vida sexual como ellas quisieran, además el largo tiempo de convivencia con su pareja provoca cansancio o hastío.

La siguiente subcategoría menciona a los factores externos como la falta de privacidad y el horario de las relaciones sexuales como causas de la disfunción de las mujeres provocando inhibición sexual y desgaste físico, respectivamente. La última subcategoría se refiere a las nuevas prácticas sexuales impuestas por sus parejas como el acto contra natura, además mencionaron el coito interrumpido les limita el pleno disfrute del acto sexual. Encontramos estrecha relación de estas razones con los roles de género relacionados con el machismo, coerción sexual, dominancia y poder.

- La mujeres adultas tempranas con disfunción sexual tienen necesidades que las **motivan o desmotivan** a priorizar su vida sexual. Las motivaciones de las mujeres se manifiestan en necesidades de seguridad, de pertenencia y de autorrealización. La única necesidad de seguridad que surgió de la investigación fue la de poseer una casa propia. Sus necesidades de pertenencia se relacionan con el bienestar para sus hijos, llevar una buena relación con su pareja y tener tranquilidad familiar. La necesidad de autorrealización las motiva a querer salir adelante en sus estudios o en el trabajo fuera del hogar. Las motivaciones en la vida de la mujer están orientadas prioritariamente a mejorar su vida familiar en vez de su satisfacción sexual.
- La disfunción sexual generó **sentimientos** desagradables como agradables. Manifestaron insatisfacción, tristeza, frustración y preocupación, así como tranquilidad. Los sentimientos negativos o desagradables se relacionaron con mujeres que se percibían como las causantes principales del problema y en desventaja respecto a su pareja y otras mujeres. Las mujeres con sentimientos positivos o agradables consideraron que las relaciones

sexuales implican compromiso, obligación y desgaste físico prefiriendo así la inactividad sexual, y de esa forma se sienten tranquilas.

- Los **temores en la vida de la mujer con disfunción sexual** repercuten en su relación de pareja e influyen en su comportamiento sexual. Se detallan tres subcategorías las cuales son: relacionados a la salud sexual y reproductiva, al acto sexual y la estabilidad de la relación de pareja. En cuanto a la sexual y reproductiva, se develaron principalmente el temor a salir embarazada y a contraer alguna infección de transmisión sexual. El miedo a quedar embarazada nace de la desconfianza hacia los métodos anticonceptivos, obligándolas al uso de prácticas que impiden el buen disfrute de sus relaciones sexuales o disminuyen la frecuencia. El temor a contraer una infección de transmisión sexual, se generó por la desconfianza a su pareja por motivos de infidelidad. En la segunda subcategoría sobre los temores relacionados al acto sexual las mujeres manifestaron el temor a ser vistas durante el acto sexual y el temor al dolor coital. La falta de privacidad antes y durante las relaciones sexuales hacen menos probable el encuentro sexual, disminuye la concentración por el miedo a ser vista por los hijos, familiares y en otros casos, a ser escuchada en su expresión sexual. El temor a la dispareunia provocó el desinterés por las relaciones sexuales. La tercera subcategoría sobre los temores relacionados a la estabilidad de la relación de pareja menciona el temor a crear conflicto con la pareja y temor a la infidelidad.
- Las principales **repercusiones de la disfunción sexual femenina** generaron sentimientos y pensamientos negativos así como cambios de conducta en la mujer como en su relación de pareja. Las mujeres expresaron experiencias afectivas de culpabilidad, autocrítica, miedo a reproches, etc. Sus pensamientos se relacionaron con el temor a la infidelidad y abandono de su pareja, y en la conducta se manifestó cambios mínimos de humor. Las repercusiones en la relación de pareja, a nivel afectivo se evidenció discomfort o incomodidad en el hombre ante la falta de motivación sexual de la mujer, además de un sentimiento de culpa atribuido a su participación en la disfunción sexual femenina, como pensamiento, generalmente la mujer tiende a restar importancia a su vida sexual. Las conductas generadas a nivel de la pareja se manifiestan como distanciamiento de ambos miembros de la pareja, presencia de discusiones, reclamos de parte del hombre a la mujer, así como advertencias indirectas y enmascaradas en conversaciones sobre fidelidad conyugal. Pocas mujeres no manifestaron repercusiones. No se reflejaron consecuencias a nivel familiar.

CAPÍTULO V

RECOMENDACIONES

- En esta investigación encontramos que las nociones de la salud y enfermedad son construidas socialmente y moduladas por el contexto cultural. Recomendamos considerar la variedad de las representaciones y valoraciones de salud-enfermedad en el diseño de programas de prevención y atención, para garantizar la accesibilidad a las diferentes usuarias.
- Al encontrar en las entrevistadas una falta de autoconfianza e independencia, subordinación en la vida sexual, además de una insuficiente educación sexual, recomendamos brindar charlas educativas con contenido sobre sexualidad, derechos sexuales de la mujer, órganos sexuales femeninos y masculinos, respuesta sexual, coerción sexual, exploración de sus cuerpos, entre otros, para garantizar el empoderamiento de la mujer, fomentando una participación más activa, con énfasis en cambiar la distribución del poder en las relaciones interpersonales con su pareja.
- En vista del poco conocimiento y divulgación de la disfunción sexual femenina en los establecimientos de salud, se recomienda que los servicios de salud sexual y reproductiva le den la debida importancia al tema de las disfunciones sexuales, para crear estrategias de intervención que involucren la promoción, prevención y solución del problema. Asimismo, los recursos humanos deben prepararse y capacitarse en la función sexual femenina y sus desórdenes.
- Sería recomendable incorporar y aplicar, en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, instrumentos sensibles y específicos que evalúen la función sexual de la usuaria, de esa manera se tomaría las consideraciones necesarias de acuerdo a los resultados, como brindar una adecuada consejería, hacer seguimiento y en caso de que lo amerite, realizar interconsulta con otras especialidades y mejorar así las competencias del profesional en la detección de esta enfermedad.
- Profundizar en el estudio de la disfunción sexual femenina en nuestro país, mejorar los datos estadísticos de los establecimientos de salud, así como realizar estudios cualitativos que involucren la perspectiva de la pareja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flores-Agreda R. Redescubriendo la sexualidad femenina: función y disfunción. En Ginecología, Obstetricia y Reproducción de Pacheco, José Tomo I, 2ª edición, Editorial Revistas Especializadas Peruanas S.A.C. 2007. Pág. 878- 880.
2. Organization Mundial de la Salud (OMS). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002. Ginebra, 2006. Pág. 5, 9. Fecha de acceso 12 de diciembre del 2012. Disponible en:
http://www.who.int/reproductivehealth/publicatons/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
3. Castroviejo RF. Función Sexual Femenina en Castilla y León: Rangos de Normalidad 2010. Tesis para optar el grado de Doctor. Universidad de Valladolid, España.
4. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, 2010. (Fecha de acceso 13 de mar. 2013). Disponible en:
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F50-F59>
5. Cañones GP, Aizpiri DJ, Barbado AJ, Fernández CA, Goncalves EF, Rodríguez SJ. Disfunciones sexuales de origen no orgánico. Sociedad Española de Medicina General 2002; 49: 916-922. (Fecha de acceso 12 oct. 2012). Disponible en: <http://www.geishad.org.mx/REDWEB/DISFSEXNOORG.pdf>
6. World association for sexual health, Organización Panamericana de la Salud. Salud sexual para el milenio. Declaración y documento técnico. Washington, 2009. Pág. 122 (Fecha de acceso 15 de ene. 2013). Disponible en: http://new.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=159&itemid=999999999
7. Hernández PI, Formental HS. Diferencia de género y su influencia en las disfunciones sexuales. Centro de Salud Mental (CENSAM) 2007,Cuba. (Fecha de acceso 23 de nov. 2012). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1698031X07740633>.
8. López-Olmos J. Dispareunia: Investigación de causa física y de causa infecciosa crónica (estudio prospectivo de 4 años) España. Clínica de Investigación Gineco Obstétrica 2008;

- Vol.35; N°5; Pág. 152-9. (Fecha de acceso 04 de set. 2011). Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/7/7v35n05a13126874pdf001.pdf>
9. García-Pérez H, Harlow S. Cuando el coito produce dolor: Una exploración de la sexualidad femenina en el noroeste de México. *Salud Pública de México* 2010; Vol. 52; N° 2, Pág. 148-155. (Fecha de acceso 12 de set. 2012). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342010000200007&script=sci_arttext
 10. Kamei J. Análisis de la respuesta sexual femenina y grado de satisfacción sexual en parejas de hombres tratados de una disfunción eréctil. *Revista chilena de Urología* 2005 Vol.70; N°4; Pág. 236-239.(Fecha de acceso 21 de nov. del 2011). Disponible en: <http://www.urologosdechile.cl/pdf.php?id=260>.
 11. Boletín de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994 (Fecha de acceso 02 de ene. del 2013). Disponible en: <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Equidad%20de%20G%C3%A9nero/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2011/Sem%20Comunicaci%C3%B3n%20Equidad/057%20La%20conferencia%20de%20el%20Cairo%20-%20Conferencia%20poblaci%C3%B3n%20y%20el%20desarrollo.pdf>
 12. Masters EH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little, Brown; 1966.
 13. Sánchez BC; Carreño MJ; Espíndola HJG; Anzures TA. Las Distintas Disfunciones Sexuales Femeninas y la Relación con Ansiedad Rasgo-Estado. *México Psicología Iberoamericana*, vol. 15, núm. 1, 2007, pp. 52-59. (Fecha de acceso 23 de oct. 2011). Disponible en: http://aulanet.umb.edu.co/aulanet_jh/archivos/correo_umb/010601_051_A1/8639892_artsexual3.pdf
 14. Núñez NG., Zazueta LEI. Concepciones de género y divorcio: un estudio cualitativo con hombres urbanos. En *Memorias del IV Congreso Nacional de la Academia Mexicana de Estudios de Género de los Hombres*. México 2010 Pág. 40-57. (Fecha de acceso 19 de ene. 2012). Disponible en: http://amegh.org.mx/uploads/biblio_desc/MEMORIAS%20AMEGH%202010.pdf#page=40

15. Sánchez BC, Carreño MJ, Corres AN, Henales AC. Perfiles e indicadores psicológicos relacionados con la dispareunia y el vaginismo. Estudio cuantitativo. Primera parte. México. Salud Mental 2010; Vol. 33, N° 4; Pág. 347- 353. (Fecha de acceso 15 de ago. 2011). Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252010000400007&script=sci_arttext
16. Sánchez BC, Carreño MJ, Corres AN, Henales AC, Taracena RB. Perfiles e indicadores psicológicos relacionados con la dispareunia y el vaginismo. Estudio cualitativo. Segunda parte. México. Salud Mental, 2010; Vol. 33, N° 5; Pág. 437- 449. (Fecha de acceso 15 de ago. 2011). Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252010000500008&script=sci_arttext
17. Alcoba VSL. Disfunciones sexuales en la mujer. En Atención Primaria de Calidad: Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones Sexuales, editorial International Marketing & Communications S.A., Madrid, 2004; Pág. 98 (Fecha de acceso 12 de set. 2012). Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sexo.pdf
18. Tobo MN, Canaval EG, Burgos DD, Carrol HJ. Contribution of intimate partner violence exposure, other traumatic events and posttraumatic stress disorder to chronic pain and depressive symptoms. Colombia. Invest Educ Enferm 2011. Vol. 29, N°2 Pág. 174- 186. (Fecha de acceso 12 de oct. 2011). Disponible en:
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/9977/9177>
19. Zorozábal DCF. Violencia psicológica y disfunción sexual de la mujer Hospital Loayza 2009, Tesis para optar grado académico de Magister, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
20. Acebes R, López-Gutiérrez P, Cabrera-Morales F, Torres A. Fundamentos de Obstetricia Sociedad Española de Ginecoobstetricia. Sexualidad Humana. Aspectos neuroendocrinos y psicológicos. Fisiología de la respuesta sexual. Editorial Panamericana 1° edición. España, 2007, Cap. 14, pág. 103- 110.
21. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción. Guatemala 2000. (Fecha de acceso 27 de feb. 2013). Disponible en:

http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf

22. Arango DMI, Sexualidad Humana, Editorial Manual Moderno, primera edición. México 2008. Pág. 47- 73.
23. Hastzimouratidis K, Hatzichristou D. Sexual Dysfunctions: Classifications and Definitions. The Journal of Sexual Medicine 2007 4:241-250. (Fecha de acceso 10 de dic. 2012). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1743-6109.2007.00409.x/pdf>
24. Duarte ME, Glasser D, Barbosa SD, Gingell C y Cols. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Brasil. Sao Paulo Med J. 2005; 123 (5): 234-41. (Fecha de acceso 13 de ago. 2012). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v123n5/a07v1235.pdf>
25. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición. Instituto Municipal de Investigación Médica, España, 1995; Pág. 505-535. (Fecha de acceso 28 de ene. 2013). Disponible en: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
26. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Disfunciones sexuales femeninas: trastornos dolorosos sexuales. Guías de práctica clínica Volumen 78, Suplemento 4, 2010.
27. Tabbuso C. MedicalSex, Sexualidad, Educación Sexual, Disfunciones Sexuales, 2013. Argentina. (Fecha de acceso 02 de ene. 2012). Disponible en: www.medicalsex.com.ar/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=111
28. Cancelo-Hidalgo M, Castelo-Branco C. Trastornos por dolor. Dispareunia Femenina. Dispareunia Masculina. Vaginismo. En: Sexualidad Humana. México: Médica Panamericana, 1ª edición, 2005; pág.: 175-183. (Fecha de acceso 12 de feb. 2012). Disponible en: http://books.google.com.pe/books?id=gj1ciEAGVEgC&pg=PA175&lpg=PA175&dq=trastornos+por+dolor+cancelo+hidalgo&source=bl&ots=awX4Zm2wQy&sig=eG4qFbsxi2BhZgOCB5ZW_79FSao&hl=es&sa=X&ei=o9tUe_EJYH_4AOSv4GwDQ&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=trastornos%20por%20dolor%20cancelo%20hidalgo&f=false

29. Segraves R, Balan R, Clayton A. Proposal for changes in diagnostic criteria for sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine* 2007; 4: 567-580. (Fecha de acceso 02 de ene. 2012). Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.17436109.2007.00455.x/abstract;jsessionid=C D0851C410D6D8B0EE5E5DE47D60B5E2.d02t01>
30. Gori RJ, *Ginecología de Gori*, segunda edición, editorial El ateneo, Buenos Aires Argentina, 2005.
31. Cedrés S. Centro médico sexológico. Disfunciones sexuales femeninas. Uruguay. (Fecha de acceso 26 de nov. 2011). Disponible en:
<http://www.plenus.com.uy/docs/mujer/Disfunciones%20sexuales%20femeninas.pdf>
32. Arbeláez OJ. Procesos psicológicos humanos IV. Edad adulta temprana. (Fecha de acceso 13 de ene. 2013). Disponible en <http://procesospsicologicosv.blogspot.com/2009/10/edad-adulta-tempranadog.html>
33. Aristizabal BC. Guía Didáctica y Módulo: Teoría y Metodología de Investigación, Investigación cualitativa en educación fundamentos y Tradiciones, Colombia, 2008. (Fecha de acceso 07 de ene. 2013). Disponible en:
<http://www.funlam.edu.co/administracion.modulo/NIVEL06/TeoriaYMetodologiaDeLaInvestigacion.pdf>
34. Dreher J. Fenomenología: Alfred Schutz y Thomas Luckmann. Tratado de metodología de las ciencias sociales. Perspectivas actuales. México, 2012. Pág. 94 (fecha de acceso 27 de mar. 2013). Disponible en:
<http://docencia.izt.uam.mx/egt/Cursos/MetodologiaMaestria/Drecher.pdf>
35. Martínez M. La Investigación Cualitativa. *Revista IIPSI* 2006 Vol. 9. Pág.135. (Fecha de acceso 27 de feb. 2013). Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf
36. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Ediciones Morata, S.L. segunda edición. España, 2007.

37. Blumer, H., Symbolic interactionism: Perspective and method, Prentice Hall, Nueva Jersey, 1969. Disponible en:
[http://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=HVuognZFofoC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Blumer,+H.+\(1969\)+SYMBOLIC+INTERACTIONISM:+PERSPECTIVE+AND+METHOD.+Englewood+Cliffs,+New+Jersey:+PrenticeHall.&ots=4IWfG3BY3y&sig=zbyJnZxqyyEd7uXhtn_MKRZZ7bg#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=HVuognZFofoC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Blumer,+H.+(1969)+SYMBOLIC+INTERACTIONISM:+PERSPECTIVE+AND+METHOD.+Englewood+Cliffs,+New+Jersey:+PrenticeHall.&ots=4IWfG3BY3y&sig=zbyJnZxqyyEd7uXhtn_MKRZZ7bg#v=onepage&q&f=false)
38. Valdivia SC. La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. Universidad de Deusto. Bilbao. La Revue du REDIF, 2008, vol. 1, pp. 15-22. Disponible en:
http://moodle2.unid.edu.mx/dts_cursos_md/lic/DE/PF/AM/05/cambios.pdf
39. Rivera OD, Heresi ME. Integración de la teoría del apego y modelos basados en la evidencia en la comprensión de la satisfacción marital. Revista Argentina de clínica psicológica, vol. XX, núm. 1, abril, 2011, pp. 57-65. Argentina. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921807005>
40. Ortiz BMJ, Gómez ZJ, Apodaca P. Apego y satisfacción afectivo sexual en la pareja. Psicothema, vol. 14, núm. 2, 2002, pp. 469-475. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714244>.
41. Solares BSD, Benavides AJ, Peña OB, Rangel MD, Ortiz TA. Relación entre el tipo de apoyo y el estilo de amor en parejas. Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 16, núm. 1 enero-junio 2011, pp. 41-56. México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963004>.
42. Sánchez HCM. Acuerdo valórico en la pareja conyugal y su relación con la satisfacción marital. Chile 2003. Revista de investigación educativa, año 12, núm. 15, pp. 98-125.
43. Brizuela DM, Fernández D, Murillo J. Curso de planificación del recurso físico en salud. Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria. 2009 Disponible en:
<http://www.aadaih.com.ar/publicaciones/monografias-09/adicciones.pdf>
44. Flores GMM. Comunicación y conflicto: ¿Qué tanto impactan en la satisfacción marital? Acta de investigación psicológica. 2011, 1(2), 216-232. México.

45. Hernández MN, Alberti MM, Núñez EJ, Samaniego BM. Relaciones de género y satisfacción marital en comunidades rurales de Texcoco, Estado de México. *Revista internacional de ciencias sociales y humanidades, SOCIOTAM*, vol. 21, núm. 21 enero julio 2011, pp. 39, 64, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65421407003>.
46. Sánchez BC, Corres AN, Blum GB, Carreño MJ. Perfil de la relación de factores psicológicos del deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. *Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal. Salud Mental*. Vol. 32, Núm. 1, enero-febrero 2009, pp. 43-51, México. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n1/v32n1a6.pdf>.
47. Zeballos OG, Barliza DL, León BE. Autoestima y disfunción sexual en estudiantes universitarias de Programas de Salud de Santa Marta (Colombia). *Psicología desde El Caribe*, núm. 22, julio-diciembre, 2008, pp.50-62. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21311866005>.
48. Facultad de Ciencias Humanísticas y sociales. Teoría de la personalidad. Disponible en: <http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20HUMAN%C3%8DSTICAS%20Y%20SOCIALES/CARRERA%20DE%20PSICOLOG%C3%8DA%20CL%C3%8DNICA/10/Teoria%20de%20la%20Personalidad/la%20personalidad.pdf>
49. Guzmán M, Contreras P. Estilos de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *Psykhé*, vol. 21, núm. 1, mayo, 2012, pp. 69-82. Pontificia Universidad Católica de Chile.
50. Garrido-Rojas L. Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol.38, núm.3, 2006, pp.493-507, Fundación Universitaria Konrad Lorenz Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538304>
51. San Martín BC, Díaz MJ. Apego y sexualidad. Conflictos de pareja. Variabilidad de la expresión de la sexualidad. *Tema de tres de Salud Sexual en Atención primaria*. España.
52. Armenta HC, Díaz - Loving R. Comunicación y Satisfacción: Analizando la Interacción de Pareja. *Psicología Iberoamericana*. Num.1, vol.16.pp. 23-27, 2008, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915922004>

53. Moral DJ. Satisfacción y frecuencia de relaciones sexuales en parejas casadas. *Ciencia UANL* vol. 13, núm. 1, enero marzo 2010. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/402/40211897006.pdf>
54. Butzer B, Campbell L. Adult attachment, sexual satisfaction and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*, vol. 15, 141/154. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6811.2007.00189.x/pdf>
55. García RG, Díaz Loving R. Predictores psicológicos del comportamiento sexual. *Interamerican Journal of Psychology*, vol. 45, núm. 3, septiembre diciembre, 2011, pp. 405_418. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28425426010>
56. Carmona M. ¿Negocian las parejas su sexualidad? Significados asociados a la sexualidad y prácticas de negociación sexual. *Revista Estudios Feministas*, vol. 19, núm.3, septiembre diciembre, 2011, pp. 801_821. Brasil. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38121390008>
57. Alcántara ZE, Amachástegui HA. Terapia sexual y normalización: significados del malestar sexual en mujeres y hombres diagnosticados con disfunción sexual. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, núm. 20, 2004, pp. 157_194. México.
58. Acuña A, Ceballos M, Suarez BP. Estudio sobre algunos aspectos del comportamiento sexual femenino. *Revista Urología Colombiana*, vol. XVII, núm. 3, 2008, pp. 79_89. Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149120366010>.
59. Blumel MJ, Binfá EL, Cataldo AP, Carrasco VA, Izaguirre LH, Sarrá CS. Índice de función sexual femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista Chilena Obstetricia Ginecología*. 69 (2): 118-125. Chile 2004. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v69n2/art06.pdf>.
60. Moral RJ. Frecuencia de relaciones sexuales en parejas casadas: diferencias entre hombres y mujeres. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, vol. XVII, núm. 33, 2011, pp. 45_76, Universidad de Colima. México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/316/31618563004.pdf>

61. Moral DJ. Satisfacción y frecuencia de relaciones sexuales en parejas casadas. CIENCIA UANL- Universidad Autónoma de Nuevo León. Vol. XIII, núm. 1 enero_ marzo. 2010. España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/402/40211897006.pdf>
62. Carrobles J, Gámez M, Almendros C. Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. Anales de psicología, vol. 27, núm. 1, enero, 2011, pp. 27-34. España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16717018004>
63. Rodríguez JO. Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. Pensamiento Psicológico, vol. 7, núm. 14, enero-junio, 2010, pp. 41-52 Pontificia Universidad Javeriana. Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80113673003>
64. Hernández PI, Formental HSS. Gender differences and their influence on sexual dysfunction. Elsevier, vol. 5. Núm. 3. Julio. Cuba 2007. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/en/revista/revista-internacional-andrologia-262/articulo/diferencia-genero-su-influencia-las-13110290>.
65. Rodríguez GG, Díaz Loving R. Predictores psicosociales del comportamiento sexual. Interamerican Journal of Psychology, vol. 45, núm. 3, septiembre-diciembre, 2011, pp. 405-418
66. Prados A JM. La preocupación: Teoría e intervención. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de psicología. España, 2002. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t26070.pdf>
67. Rosas O. La estructura disposicional de los sentimientos. Ideas y Valores, vol. 60, núm. 145, abril, 2011, pp. 5-31 Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80918571001>.
68. Saldívar HG, Ramos LL, Romero MM. ¿Qué es la coerción sexual? significado, tácticas e interpretación en jóvenes universitarios de la ciudad de México. Salud Mental, vol. 31, núm. 1, enero-febrero, 2008, pp. 45-51. México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58231107>.

69. Ries F, Castañeda VC, Campos MM, Del Castillo AO. Relaciones entre ansiedad rasgo y ansiedad estado en competencias deportivas. Cuadernos de Psicología del Deporte, vol. 12, núm. 2, 2012, pp. 9-12. Universidad de Murcia. España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=227025503001>
70. Londoño N, Henao G, Puerta I, Posada S, Arango D, Aguirre D. Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. Universidad Psychologica, vol. 5, núm. 2, mayo-agosto, 2006, pp. 327-349. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750210.pdf>
71. León M, Páez D, Díaz B. Representaciones de la enfermedad estudios psicosociales y antropológicos. Boletín de Psicología. Núm. 77, marzo 2003, pp. 39-70. Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N77-3.pdf>
72. Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. Salud Colectiva, Buenos Aires, vol. 3 núm. 3, septiembre-diciembre. pp. 271-283. Universidad Nacional de Lanús. Argentina 2007. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73130305>.
73. Ongarato P, De la Iglesia G, Stover J, Fernández LM. Adaptación de un inventario de estrategias de afrontamiento para adolescentes y adultos. Facultad de Psicología-UBA. Secretaria de Investigaciones. Anuario de Investigaciones vol. 16. 2009. Argentina. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a37.pdf>
74. De la Cruz VL. Afrontamiento al estrés en personas hipertensas del Centro de Adulto Mayor de Lima Cercado. Tesis para optar el grado el grado académico en psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2003. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/2727/1/delacruz_vl.pdf
75. Mikkelsen RF. Satisfacción con la vida y Estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes universitarios de Lima. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Clínica. Facultad de letras y ciencias humanas. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2009. Disponible en:

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/416/MIKKELSEN_RAMELLA_FLOR_SATISFACCION_CON_LA_VIDA.pdf?sequence=1

76. Freixa E. ¿Qué es conducta? Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. Vol. 3, Nº 3, pp. 595-613, 2003. Francia. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-89.pdf
77. Osorio LA. La vergüenza un sentimiento moral. Posgrado en educación emocional. Universidad de Barcelona, pp. 9. 2009. España. Disponible en: <http://stel.ub.edu/grop/files/202.pdf>
78. Chóliz MM. Psicología de la Motivación: el proceso motivacional. Universidad de Valencia, España, 2004. Disponible en: <http://www.uv.es/=cholz/asignaturas/motivacion/Proceso%20motivacional.pdf>
79. Quintero AJR. Teoría de las Necesidades de Maslow. 2010 Disponible en: http://doctorado.josequintero.net/documentos/Teoria_Maslow_Jose_Quintero.pdf
80. Temores. Disponible en: <http://www.proyectopv.org/1-verdad/temor.htm>
81. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Perú -2004.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA DE ORIGEN NO ORGÁNICO DE LA MUJER EN EDAD FÉRTIL

Estimada participante: La aplicación del siguiente cuestionario tiene por objetivo identificar la disfunción sexual femenina de origen no orgánico en mujeres adultas tempranas. Este cuestionario es anónimo, agradecemos por anticipado su participación, sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Lea con atención las siguientes preguntas y marque con una X la respuesta. Conteste todos los ítems con Sí o No, estas preguntas son sobre su vida sexual durante las cuatro últimas semanas.

Edad: _____

Tiempo de convivencia: _____

1. ¿Te excita cuando tu pareja te acaricia?

Sí ()

No ()

2. ¿Inicias tú el encuentro sexual con tu pareja?

Sí ()

No ()

3. ¿Te agrada tocarte tus partes íntimas reservadamente?

Sí ()

No ()

4. ¿Tu pareja te da muestras de afecto durante el encuentro sexual íntimo?

Sí ()

No ()

5. ¿Te sientes plenamente satisfecha durante el acto sexual con tu pareja?

Sí ()

No ()

6. ¿Estás satisfecha con tu vida sexual?

Sí ()

No ()

7. ¿Tu interés por el sexo se ha disminuido?

Sí ()

No ()

8. ¿Tienes lubricación vaginal durante la relación sexual con tu pareja?

Sí ()

No ()

9. ¿Tienes dolor durante la relación sexual con tu pareja?

Sí ()

No ()

10. ¿Muestras interés en las relaciones sexuales con tu pareja?

Sí ()

No ()

11. ¿Te relajas íntimamente durante la relación sexual con tu pareja?

Sí ()

No ()

12. ¿Al tener relaciones sexuales con tu pareja sientes temor a una infección vaginal?

Sí ()

No ()

13. ¿Tienes satisfacción sexual plena sin llegar al contacto sexual con tu pareja?

Sí ()

No ()

ANEXO 2

GUÍA DE ENTREVISTA INICIAL SOBRE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA DE ORIGEN NO ORGÁNICO

1. ¿A qué se dedica Ud.?
2. ¿Con quiénes vive Ud.?
3. ¿Cómo describe Ud. su vida sexual?
4. ¿Qué cambios percibe Ud. en su vida sexual?
5. ¿Usted ha llegado al orgasmo?
6. ¿Por qué razones cree usted que tiene este problema?
7. ¿Qué significa para usted esta alteración en sus relaciones sexuales?
8. ¿Qué importancia le da usted a este problema?
9. ¿Cómo se siente frente a este problema?
10. ¿Este problema le ha traído alguna consecuencia?
11. ¿Cómo afronta usted estos cambios en sus relaciones sexuales?

ANEXO 3

GUÍA DE ENTREVISTA FINAL SOBRE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA DE ORIGEN NO ORGÁNICO

1. ¿Usted a qué se dedica?
2. ¿Usted con quiénes vive?
3. ¿Cómo ha sido su niñez?
4. ¿Cómo es su vida cotidiana en pareja?
5. ¿Qué suelen hacer usted y su pareja antes de tener relaciones sexuales?
6. ¿Cómo se siente usted durante las relaciones sexuales?
7. ¿Cómo es el acto sexual?
8. ¿Usted ha percibido algún cambio en sus relaciones sexuales?
9. ¿Qué importancia le da usted a este problema?
10. ¿Cómo se siente usted con este problema?
11. ¿Cómo afronta usted estos cambios en sus relaciones sexuales?
12. ¿Este problema le ha traído alguna consecuencia personal, familiar o de pareja?

ANEXO 4



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: “UNA EXPLORACIÓN DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA NO ORGÁNICA EN ADULTAS TEMPRANAS ATENDIDAS EN UN ESTABLECIMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA 2013”

Investigadoras: Nancy Soria Juro, Ana María Gabriela Huallpa Chirinos

Estimada Señora:

Nosotras somos dos egresadas de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos que se encuentran ejecutando la presente investigación. Por tal motivo le invitamos a participar en esta investigación porque deseamos conversar con usted para que nos brinde su valiosa información sobre el problema de disfunción sexual que usted ha manifestado tener en la encuesta previa que le realizamos.

Los resultados de esta investigación serán presentados en nuestra Tesis de grado para optar por el Título de Obstetra de la Universidad y serán de mucha utilidad para comprender mejor a otras mujeres que sufren del mismo problema y ayudarlas a enfrentarlo mejor.

El objetivo de la investigación es comprender el significado de la disfunción sexual femenina no orgánica desde los discursos de las mujeres adultas tempranas atendidas en un establecimiento del Ministerio de Salud de Lima Metropolitana 2013.

Si usted aceptara participar, coordinaremos un lugar, día y hora más apropiada para usted en la que podremos conversar cómoda y privadamente sobre este tema, la conversación no durará más de una hora, y en caso no podamos terminar con la entrevista en ese tiempo, coordinaremos alguna otra fecha para terminar con ella.

Deseamos documentar este trabajo y realizar publicaciones, por ello le solicitamos su permiso para grabar su voz, de esta manera podremos captar todos los por menores de la entrevista y analizarlas detalladamente después.

Ninguna publicación derivada de esta investigación podrá identificarla personalmente, utilizaremos para ello nombres ficticios. Estas publicaciones no serán vendidas. Así mismo usted no recibirá ningún pago por su participación.

Su participación es voluntaria y usted puede decidir que no le graben la voz, sin que esto perjudique su participación en el estudio.

Cualquier duda que tenga por favor consulte con nosotras a los teléfonos 985186139 ó 955608967, si desea puede llamar a la Dirección de la EAP de Obstetricia para preguntar por nosotras y nuestra tesis al teléfono 619 7000 anexo 4664 y pedir por la Sra. Sarita, Secretaria de la Dirección de la Escuela.

Al firmar voluntariamente este consentimiento, yo acepto y afirmo lo siguiente:

- ☐ Me han explicado con claridad el motivo de este consentimiento informado.
- ☐ He leído y comprendido la información dada y han contestado todas mis dudas.
- ☐ Acepto que se realice una grabación de voz de la presente entrevista.
- ☐ He tenido la posibilidad de realizar preguntas y he recibido una copia firmada de este consentimiento Informado.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en institutos de investigación por motivos diferentes a este proyecto.

Comprendiendo que mi participación es voluntaria, pudiéndome retirar del estudio, si este afectara mi integridad psicológica o moral, quedo libremente conforme para participar en la investigación.

Una vez leído este documento, paso a autorizar mediante mi nombre completo y mi firma mi participación en la investigación.

Nombre de la Sra.: _____

Dirección: _____

Teléfonos: _____

DNI: _____ Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Integrante del proyecto que realizó la explicación del consentimiento informado.

Nombre y Apellidos: _____

DNI: _____ Firma: _____

Lugar de la entrevista: _____

Fecha: ____/____/____